

Inhaberin Annabelle Fischer
Fürstenrieder Straße 35
80686 München
Telefon 089-561696
Fax 089-584469
Mobil: 0151-26385195 (sms)
info@praxis-fuer-hoergeschaedigte.de
www.praxis-fuer-hoergeschaedigte.de

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13								
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		geb. am									
Unfallfolgen												
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status									
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie								
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code												
<table border="0"> <tr> <td>Diagnosegruppe</td> <td>SP4</td> <td>Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> a</td> <td><input type="checkbox"/> b</td> <td><input type="checkbox"/> c</td> <td>patientenindividuelle Leitsymptomatik</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</p>					Diagnosegruppe	SP4	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	<input type="checkbox"/>
Diagnosegruppe	SP4	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input checked="" type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	<input type="checkbox"/>					
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges												
Heilmittel				Behandlungseinheiten								
Sprech- und Sprachtherapie-60				20								
Auch Doppel- und Blockstunden möglich												
Ergänzendes Heilmittel												
<input checked="" type="checkbox"/>	Therapiebericht	Hausbesuch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	1-3x wöch.							
<input type="checkbox"/>	Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen											
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise												
Ausbildung der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation, Erhalt der Lautsprache												
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes								