

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														
Diagnosegruppe <input type="checkbox"/> SP4 Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input checked="" type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/> <small>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</small>														
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges <table border="1"> <thead> <tr> <th>Heilmittel</th> <th>Behandlungseinheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sprech- und Sprachtherapie-60</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Auch Doppel- und Blockstunden möglich</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergänzendes Heilmittel</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Heilmittel	Behandlungseinheiten	Sprech- und Sprachtherapie-60	20	Auch Doppel- und Blockstunden möglich		Ergänzendes Heilmittel			
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 <input type="checkbox"/> 1-3x wöch.														
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen														
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Ausbildung der Lautsprache zur sprachlichen Kommunikation, Erhalt der Lautsprache</div>														
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px;"></div>
Muster 13 (10.2020)														