

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

ebührpflicht: Krankenkasse bzw. Kostenträger

ebührfrei: Name, Vorname des Versicherten geb. am: _____

Infall/Infalligen

BVG: Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

IK des Leistungserbringers: _____

Gesamt-Zuzahlung: _____

Gesamt-Brutto: _____

Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____ Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____ Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor _____

Wegegeld-/Pauschale Faktor km Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor _____

Rechnungsnummer: _____

Belegnummer: _____

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Behandlungsbeginn spätestens am: **TTMMJJ**

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten
 Verordnungsmenge: _____
 Therapiefrequenz: _____ pro Woche

Indikationsschlüssel: _____

ICD-10 - Code: _____

ICD-10 - Code: _____

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom _____

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm **Tympanogramm** und **Sprachaudiogramm** beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.

dB 125 250 500 1000 2000 4000 8000 li | dB re 125 250 500 1000 2000 4000 8000 dB

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 | 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120

1500 3000 6000 10000 | 1500 3000 6000 10000

12000 Hz | 12000 Hz

Freifeldbefunde ermittelt durch:

Reaktion

Konditionierung

eigene Angaben

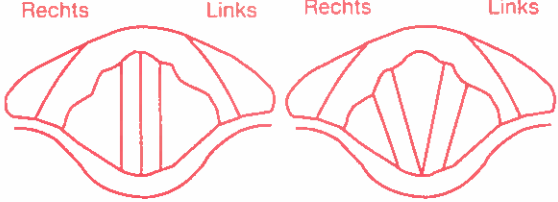
Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Rechts Links Rechts Links



Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: _____

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität: Ja Nein

Kompletter Glottisschluss: Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes