Heilmittelverordnung 14

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebühr pflicht. / Gebühr frei

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Unfall/ Unfall-folgen

BVG

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

EWR/ CH

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | 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)

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Gruppen-therapie

Behandlungsbeginn spätest. am: T T M M J J

☐ Verordnung außerhalb des Regelfalles

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein

Therapiebericht ☐ Ja ☐ Nein

☐ **Stimmtherapie** ☐ **Sprechtherapie** ☐ **Sprachtherapie**

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten

Verordnungs-menge: _____

Therapie-frequenz: _____ pro Woche

Indikationsschlüssel

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

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

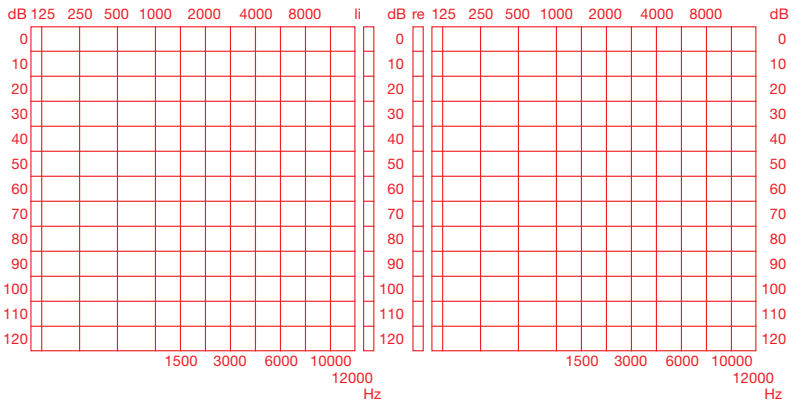
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

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.



Freifeldbefunde ermittelt durch:

☐ Reaktion

☐ Koditionierung

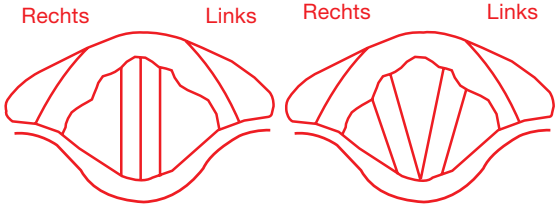
☐ eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts

Links

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

	Rechts	Links
Lupenstroboskopie		
Amplitude		
Randkantenverschiebung		
Regularität	☐ Ja	☐ Nein
Kompletter Glottisschluss	☐ Ja	☐ Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes