

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie

Vorrangige Heilmittel:

- KG
 KG-ZNS-Kinder
 Bobath
 Vojta
- KG-ZNS
 Bobath
 Vojta
 PNF
- MT
 MLD 30
 MLD 45

Ergänzende Heilmittel:

- Kälte Elektrostimulation
 Wärme Elektrotherapie
 Heißluft
 Heiße Rolle
 Ultraschall
 Packungen
- Ggf. Spezifizierung
- _____
- _____
- Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie

Therapiedauer

- 30 min. _____
 45 min. _____
 60 min. _____

Anzahl pro Woche

1x 2x 3x

Verordnungsmenge

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche

1x 2x 3x

Verordnungsmenge

Indikationsschlüssel

C D 1 a

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

CMD

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes