

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unfall/Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
Hausbesuch ☐ Therapiebericht ☐			
☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja			

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche 1x 2x 3x Verordnungsmenge 10
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:		
☐ KG ☐ KG-ZNS-Kinder ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ KG-ZNS ☐ Bobath ☐ Vojta ☐ PNF MT ☐ MLD 30 ☐ MLD 45		Therapiedauer ☐ 30 min. ☐ 45 min. ☐ 60 min.	
Indikationsschlüssel C D 2 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	