

Vordruck 9: Zahnärztliche Heilmittelverordnung, Vorderseite

Gültig ab 01.01.2021

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	<h2 style="color: red;">Zahnärztliche Heilmittelverordnung</h2>	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Unfall/Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
Physiotherapie <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45		<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	
		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Indikationsschlüssel <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele		
ICD-10 – Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
ICD-10 – Code <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.) _____ _____ _____ _____			
IK des Leistungserbringers <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		Muster	
		Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	

Originalgröße: DIN A4

