

# Zahnärztliche Heilmittelverordnung

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  Ja  Nein Therapiebericht  Ja

## Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p><b>Physiotherapie</b></p> <p><b>Vorrangige Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder     <input type="checkbox"/> Bobath     <input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS     <input type="checkbox"/> Bobath     <input type="checkbox"/> Vojta     <input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><b>Ergänzende Heilmittel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte      <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme      <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p><b>Doppelbehandlung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	<p><b>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</b></p> <p><b>Therapiedauer</b></p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____</p>	<p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1x   <input type="checkbox"/> 2x   <input type="checkbox"/> 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p><b>Anzahl pro Woche</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1x   <input type="checkbox"/> 2x   <input type="checkbox"/> 3x</p> <p><b>Verordnungsmenge</b></p> <p><input type="text"/></p>
---	---	---	--

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	

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

Zahnärztliche Heilmittelverordnung • A1 - Nr. 84.003.371  
 BEYCODENT-VERLAG • 57562 Herdorf • Tel. 02744-92000 • www.beycodent.de

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes