

**Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	Beispiel 7		
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
Wegegeld-/Pauschale	Faktor km
Faktor	Hausbesuch Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am **T T M M J J**

Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Hausbesuch

Rechnungsnummer

Belegnummer

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
1 0	MLD-45	1-2x

Indikationsschlüssel **LY 3 a** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde

Chron. Lymphoedem re. Arm u. re. Thoraxseite

bei Z. n. Mamma-Ca. OP re. mit Lymphknotenektomie.

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Maßnahmen der
Physikalischen Therapie/
Podologischen Therapie**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	Beispiel 8		
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
Wegegeld-/Pauschale	Faktor km
Faktor	Hausbesuch Faktor
Rechnungsnummer	Belegnummer

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am **21 07 04**

Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Hausbesuch	Rechnungsnummer
Belegnummer	

Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
6 x	D1	1-2x

Indikationsschlüssel **EX3d** **Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde**

Sympatische Reflexdystrophie Stad. III mit komplexer Funktionsstörung der re. Hand / Arm nach Mittelhandfraktur u. Osteosynthese am 15.03.04

Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-/Unfallfolgen	Beispiel 10	geb. am 20. 9.41	
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)

Behandlungsbeginn spätest. am: **TTMMJJ**

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch Ja Nein
 Therapiebericht Ja Nein

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: **45** Minuten
 Verordnungsmenge: **10**
 Therapiefrequenz: **2** pro Woche

Indikationsschlüssel **SP5** Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z. B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

Sensorische Aphasie - ausgeprägte Wortfindungsstörungen, Störung im Bereich

Sprachverständnis - Diagnose durch AAT bestätigt.

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

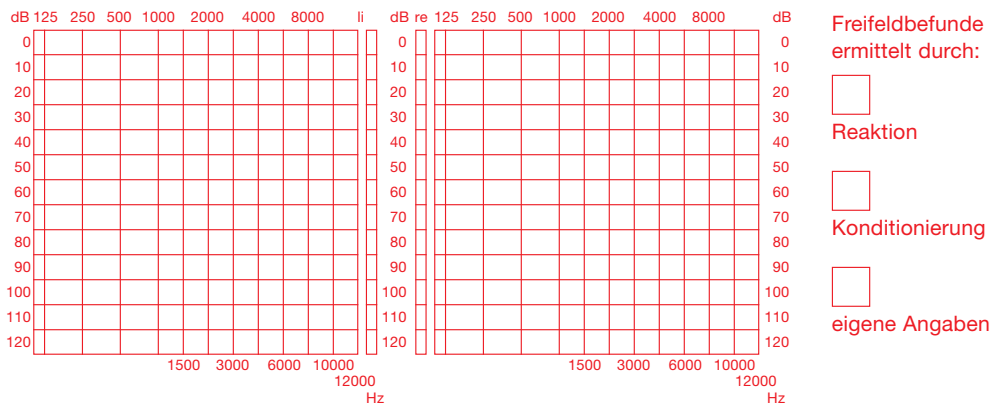
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

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.

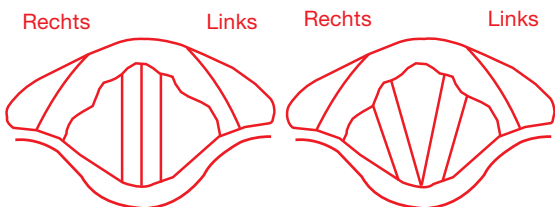


Trommelfellbefund:

Rechts **o. B.**

Links **o. B.**

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

Rechts Links

Lupenstroboskopie

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall/Unfallfolgen	geb. am 30. 4.2000	
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis
		Datum

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Rechnungsnummer	Hausbesuch	Faktor
Belegnummer	Hausbesuch	Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätestens am: **T T M M J J**

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles Ja Nein

Hausbesuch Ja Nein

Therapiebericht Ja Nein

Stimmtherapie Sprechtherapie Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: **30** Minuten Verordnungsmenge: **10** Therapiefrequenz: **2** pro Woche

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

Sprachentwicklungsstörung mit Einschränkung des aktiven Wortschatzes, Störung bei mehreren Lauten und Lautverbindungen, verkürzte Hör-Merk-Spanne.

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

Entwicklungsdiagn. Befund: Kind verzögert entwickelt, Störungen im Bereich der Kognition, motor. u. feinmotorische Entwicklung altersentsprechend.

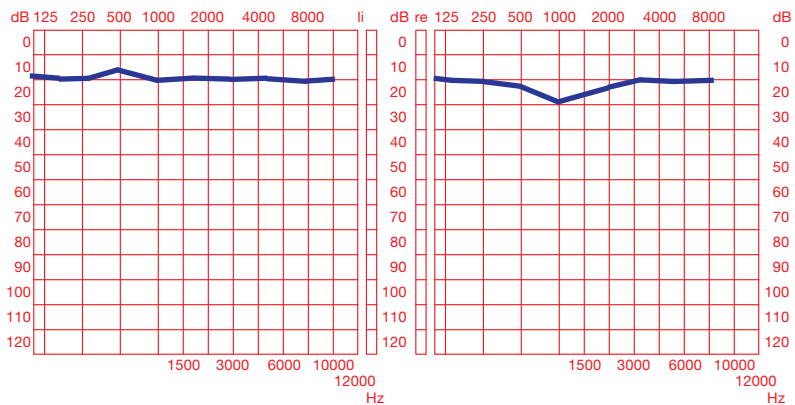
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom 30.07.04

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.

Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.



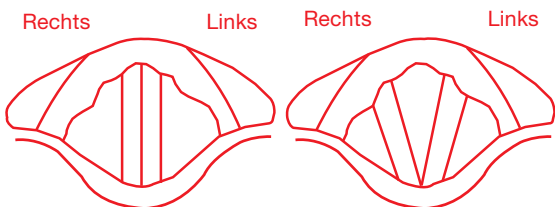
- Freifeldbefunde ermittelt durch:
- Reaktion
 - Konditionierung
 - eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts **grau spieg.**

Links **grau spieg.**

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

Rechts Links

Lupenstroboskopie

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall-/Unfallfolgen	Beispiel 12	
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis
	Status	Datum

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Rechnungsnummer	Hausbesuch	Faktor
Belegnummer	Hausbesuch	Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung Folgeverordnung Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätest. am: **T T M M J J**

Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein

Verordnung außerhalb des Regelfalles Ja Nein

Stimmtherapie Sprechtherapie Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: 60 Minuten
Verordnungsmenge: 10
Therapiefrequenz: 2 pro Woche

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

Dysphagie nach Schädelhirntrauma.

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

Kanülenträger (temporär geblockt), bei flüssiger Nahrung Aspirationsgefahr,

Verwendung indifferenter angedickter Nahrungsmittel.

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Zusätzlich Beginn der Sprachbehandlung wegen besteh. globaler Aphasie.

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.

dB li	125	250	500	1000	2000	4000	8000	dB re	125	250	500	1000	2000	4000	8000	dB
0								0								0
10								10								10
20								20								20
30								30								30
40								40								40
50								50								50
60								60								60
70								70								70
80								80								80
90								90								90
100								100								100
110								110								110
120								120								120

12000 Hz

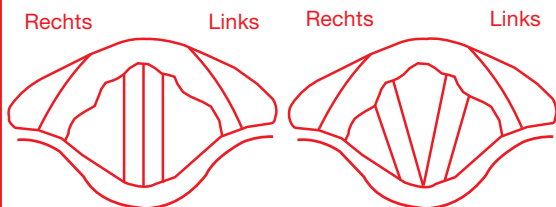
Freifeldbefunde ermittelt durch:
 Reaktion
 Konditionierung
 eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: _____

Rechts Links

Lupenstroboskopie

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten	
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am	
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis
	Status	Datum

Beispiel 13

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km
Rechnungsnummer	Hausbesuch	Faktor
Belegnummer	Hausbesuch	Faktor

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Behandlungsbeginn spätest. am: **T T M M J J**

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Stimmtherapie
 Sprechtherapie
 Sprachtherapie

Therapiedauer pro Sitzung: **45** Minuten
 Verordnungsmenge: **12**
 Therapiefrequenz: **2** pro Woche

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

Recurrenzparese rechts mit leichter Excavation nach SD-Operation

Stimme deutlich verhaucht bis heiser, THD 2 sec, eingeschränkt stimmlich belastbar.

Videostroboskopie: Restspalt bei Phonation ca. 2mm, deutliche TF-Beteiligung rechts,

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

irreg. Ampl. u. fehlende RKV rechts, linke Stimmlippe mittelweite Amplituden. Zur Verbesserung der stimmlichen Belastbarkeit (Pat. ist Lehrer) weitere Behandlung (vorerst 12x)

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

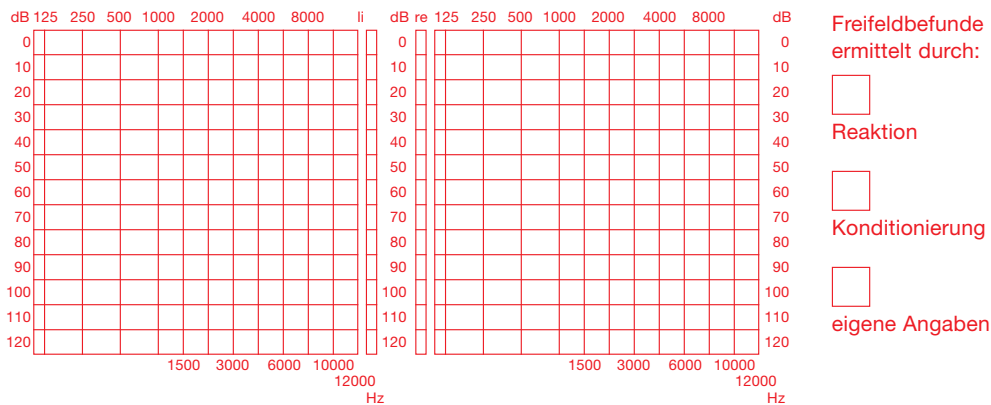
erforderlich. Einbau von Lockerungselementen wegen der bestehenden TF in die Therapie.

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.



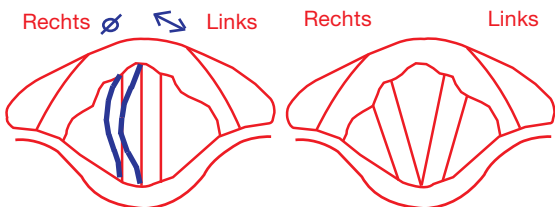
- Freifeldbefunde ermittelt durch:
- Reaktion
- Konditionierung
- eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts _____

Links _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: **SL bds geringe**

Gefäßzeichnung mit TF rechts

Rechts Links

Lupenstroboskopie

Amplitude **irreg. mittel**

Randkantenverschiebung **Ø ja**

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Maßnahmen
der Ergotherapie**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebühr frei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-/Unfallfolgen	Beispiel 15		geb. am 15. 4.00
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto													
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	Heilmittel-Pos.-Nr.												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
Wegegeld-/Pauschale	Faktor	km									
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Hausbesuch	Faktor	Hausbesuch	Faktor														
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Gruppentherapie

Verordnung außerhalb des Regelfalles
 Behandlungsbeginn spätest. am **T T M M J J**

Hausbesuch: Ja Nein
 Therapiebericht: Ja Nein

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Woche
12	motorisch-funktionelle Behandlung	1

Indikationsschlüssel **ENI** Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde
Cerebralparese - die bisher durchgeführten

*therapeutischen Maßnahmen haben bereits eine deutliche
 Besserung (Körperhaltung, Körperbewegung / Koordination)*

Gegebenenfalls neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten
erbracht. Eine Fortsetzung der Behandlung für ca. 6 Monate zum

**Erlernen von Kompensationsmechanis-
 men wie auch einer altersadäquaten
 Selbständigkeit z.B. im hyg. Bereich ist
 aus med. Sicht angezeigt.**

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes