

Der Vordruck 9 erhält ab 01.10.2020 die beigefügte Fassung:

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall-/Unfall-folgen	geb. am		
BVG	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Vertragszahnarzt-Nr. Datum </div>		
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em;"> Hausbesuch Therapiebericht </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja </div> </div> </div>			

Physiotherapie <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta </div> <input type="checkbox"/> KG-ZNS <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF </div> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrotherapie </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung </div>
--	---

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x Verordnungsmenge <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> </div> <div style="width: 45%;"> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x Verordnungsmenge <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> </div> </div>
--	--

Indikationsschlüssel <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf.wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 – Code <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	
ICD-10 – Code <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung,etc.) <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Empfangsbestätigung durch den Patienten:
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Empfangsbestätigung durch den Patienten:
Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

Behandlungsabbruch					

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Seite 3 von 9