

# Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Gebührpflicht. Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**Name der Krankenkasse**

Gebührfrei Name, Vorname des Versicherten  
**Mustermann Max** geb. am **01.01.01**

Unfall/Unfallfolgen

BVG Kassen-Nr. **000000** Versicherten-Nr. **1234567** Status **1000**

EWR/CH Vertragsarzt-Nr. **000000** VK gültig bis **31.12.11** Datum **01.01.08**

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)**

Erstverordnung  Folgeverordnung  Gruppentherapie

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

Hausbesuch  Ja  Nein Therapiebericht  Ja  Nein

Verordnung außerhalb des Regelfalles  Ja  Nein

**Stimmtherapie**  **Sprechtherapie**  **Sprachtherapie**

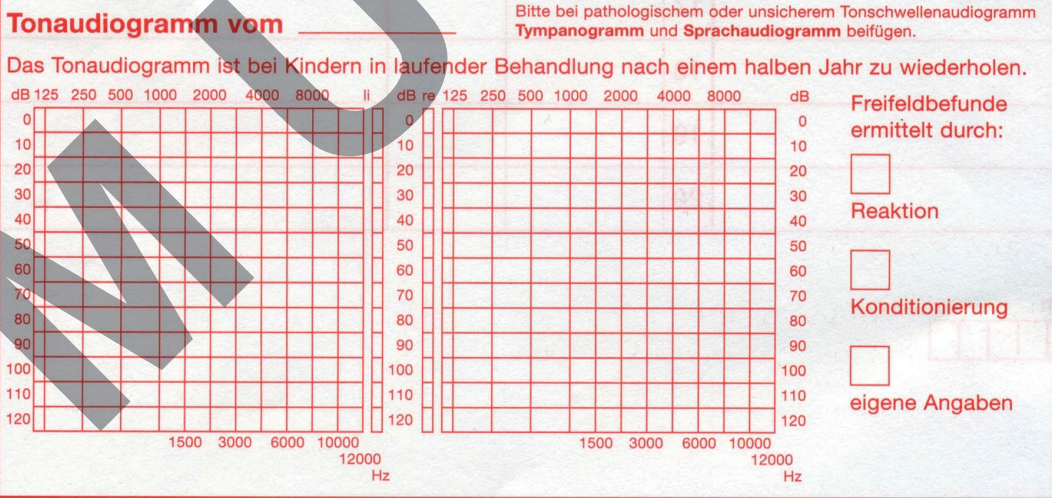
Therapiedauer pro Sitzung: **60** Minuten  
Verordnungsmenge: **2-3**  
Therapiefrequenz: **1** pro Woche

Indikationsschlüssel **S C 1**  
Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Hörgeräte)

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

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)



**Trommelfellbefund:**

Rechts \_\_\_\_\_

Links \_\_\_\_\_

**Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)**

Rechts Links Rechts Links

Lupenlaryngoskopie: \_\_\_\_\_

Lupenstroboskopie: \_\_\_\_\_

Amplitude \_\_\_\_\_

Randkantenverschiebung \_\_\_\_\_

Regularität  Ja  Nein

Kompletter Glottisschluss  Ja  Nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes