

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max geb. am		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

- ☐ Physiotherapie
☐ Podologische Therapie
☒ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
☐ Ergotherapie
☐ Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

F98.5	individuell

Diagnosegruppe

RE1

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

☒ a

☐ b

☐ c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprechtherapie Gruppe 90Min.	10
Ergänzendes Heilmittel	

☒ **Therapiebericht**
 Hausbesuch ☐ ja ☒ nein
Therapiefrequenz **1-3x**

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**
 innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max geb. am		
Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Heilmittelverordnung 13

- ☐ Physiotherapie
☐ Podologische Therapie
☒ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
☐ Ergotherapie
☐ Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

F98.5	individuell
-------	-------------

Diagnosegruppe

RE1

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

☒ a

☐ b

☐ c

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

☐

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Sprechtherapie Gruppe 90Min.	2
Ergänzendes Heilmittel	

☒ **Therapiebericht**
 Hausbesuch ☐ ja ☒ nein
Therapiefrequenz **1-3x**

☐ **Dringlicher Behandlungsbedarf**
 innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes