

Verordnung nach den alten Richtlinien auf Muster 16

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei									6	7	8	9	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten								Zuzahlung						
<input type="checkbox"/> noctu									Gesamt-Brutto						
<input type="checkbox"/> Sonstige	geb. am								Arzneimittel-/Hilfsmittel-/Heilmittel-Nr.						
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status			Faktor		Taxe				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall *)	Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum									
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								Vertragsarztstempel						
<input type="checkbox"/> aut idem	10x KG mit Elektrotherapie														
<input type="checkbox"/> aut idem	Diag.: NPPL4/5 re mit Lumboischialgie														
<input type="checkbox"/> aut idem	L5 re u. Fußheberparese re.														
	b b b r														
	*) s. Rückseite														
	Unterschrift des Arztes Muster 16 (7. 1999)														

1. Hier ein Beispiel zum Vergleich, wie derzeit auf dem „alten“ **Verordnungsvordruck - Muster 16** - die Verordnung erfolgt.
2. Die beiden Funktionsstörungen sind auch auf Muster 16 (alt) darstellbar, das Minimalziel einer **aussagekräftigen Heilmittelverordnung** lässt sich bei diesem Beispiel daher auch so erreichen.
3. Deutlich wird aber, dass mehr Platz für Informationen nicht zur Verfügung steht. Verordnende Ärzte stehen daher häufig vor dem Problem, wie sie die Ihrer Meinung nach **wesentlichen Informationen an den Therapeuten** weiterleiten können.
4. Die Abbildung einer Heilmitteltherapie als beispielsweise **gestufter Prozess** gelingt auf Muster 16 nicht.
5. Auch die gesetzlich geforderten Regelungen bei „**Wiederholungsverordnungen**“ im Sinne einer entsprechenden **Rückmeldung des Therapeuten** ließe sich auf Muster 16 - wenn überhaupt -, dann nur unzureichend gestalten.

Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie (Muster 13)

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Die Vordrucke müssen **vollständig** ausgefüllt werden. Verordnungsfähig sind ausschließlich jene Maßnahmen, die in den Heilmittelrichtlinien genannt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Physikalischen Therapie **eindeutig** zu bezeichnen.

Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie ergibt sich **nicht** aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung eine Anwendung von Physikalischer Therapie notwendig machen.
2. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Diagnose** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Physikalischen Therapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 4), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist **nur auszufüllen**, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.
3. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines **Hausbesuches**, ist **ausnahmsweise** nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
4. Eine Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie **im Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegte Verordnungsmenge je Diagnose nicht überschritten wird. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall **von mehr als 6**

Wochen abgelaufen ist. Heilmittel im Regelfall in der Physikalischen Therapie können verordnet werden als

- vorrangiges Heilmittel
- optionales Heilmittel
- ergänzendes Heilmittel
- standardisierte Heilmittelkombination.

„Standardisierte Heilmittelkombinationen“ können allerdings **nicht** als **Langfristverordnung** verordnet werden.

5. Verordnungen, die über den Regelfall hinausgehen:

- Lässt sich in **Ausnahmefällen** mit der nach Maßgabe des Heilmittelkataloges bestimmten Verordnungsmenge im Regelfall die Behandlung nicht abschließen, bedürfen alle **weiteren Verordnungen** der besonderen **Begründung** ggf. mit prognostischer Einschätzung.
- Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztliche Vereinigung.

6. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Physikalischen Therapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.

7. Bei gegebener Indikation richtet sich die Auswahl der zu verordnenden Maßnahmen der Physikalischen Therapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.

- **Vorrangig** soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
- Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann **alternativ** ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.

- **Zusätzlich** zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) kann ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden.
 - Liegen bei derselben Diagnose **mehrere gleichrangige Schädigungen/Funktionsstörungen vor**, ist dennoch lediglich die gleichzeitige Verordnung von **maximal zwei Heilmitteln** je Abschnitt des Heilmittelkataloges ggf. mit dem zugehörigen ergänzenden Heilmittel zulässig oder nach dem Heilmittelkatalog ist **eine** „standardisierte Heilmittelkombination“ (D) indiziert.
 - „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ (D) dürfen **nur** verordnet werden, wenn der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, wenn die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist.
 - Die **gleichzeitige Verordnung** einer „standardisierten Heilmittelkombination“ (D) der Physikalischen Therapie mit einem weiteren Einzelheilmittel der Physikalischen Therapie ist **nicht zulässig**.
 - Die **gleichzeitige Verordnung** eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) **bei derselben Schädigung** ist **nicht zulässig**.
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Physikalischen Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig**.
8. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								geb. am	
Geb. frei.									geb. am	
Unfall Unfall- folgenrecht	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status								IK des Leistungserbringers	
BVG									IK des Leistungserbringers	
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum					
					23.04.2001					
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)										
<input type="checkbox"/> Erstverord.		<input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.		Behandlungsbeginn spätest. am:		
								30.04.01		
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles						
<input type="checkbox"/> Ja		<input checked="" type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input type="checkbox"/> Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.		
Maßnahmen der Physikalischen Therapie										
Gesamt-Zuzahlung				Gesamt-Brutto						
Heilmittel-Pos.-Nr.				Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.				
Heilmittel-Pos.-Nr.				Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.				
Hausbesuch				Faktor		km				
Rechnungsnummer										
Belegnummer										
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.	
6x	KG	- Anm.: vorrangiges Heilmittel						2x		
6x	Fango	- Anm.: ergänzendes Heilmittel						2x		
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde										
Subakutes HWS-Syndrom mit subakuten segmentalen Schmerzen										
durch Gelenkfunktionsstörung										
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele										
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles										
Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes										

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine der häufigsten Rezepturen im Heilmittelbereich.
2. Der Aufwand gegenüber der Rezeptur auf Muster 16 ist nicht viel größer, da die gängige Diagnose-Bezeichnung im gewohnten Sprachgebrauch auch zukünftig möglich ist.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV								
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten															
Geb. frei									geb. am							
Unfall/Unfallfolgen																
BVG	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status										
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum 23.04.2001											
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)					Behandlungsbeginn spätest. am:											
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.					25.04.01											
Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie					Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.											

Heilmittelverordnung 13

Maßnahmen der Physikalischen Therapie

IK des Leistungserbringers	Gesamt-Brutto
Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.
Hausbesuch	Faktor km
Rechnungsnummer	Belegnummer

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.
6x	KG	tägl.

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde

Akutes LWS-Syndrom bei Discopathie (L5/S1) mit Überbelastung der discoligamentären Strukturen

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Entlastung!

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine häufige Funktionsstörung die einer frequenzintensiven Behandlung bedarf, um das Therapieziel schnell zu erreichen.
2. Daher tägliche Therapieempfehlung. Heute ein Terminproblem, daher lohnt sich ein Gespräch mit Ihrem Therapeuten, um für solche Situationen Therapiekapazität vorzuhalten.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13			
Geb. pfl. Geb. frei. Unfall-/Unfall-Katalog BVG	Name, Vorname des Versicherten								Maßnahmen der Physikalischen Therapie				
	geb. am								IK des Leistungserbringers				
	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status			Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto		
	Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum			Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		
						19.04.01					ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.		
	Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)								Rechnungsnummer		Belegnummer		
	<input checked="" type="checkbox"/> Erstverord.				<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.				
	<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input type="checkbox"/> Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.		
	Verordnungs-Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.				
	10x	Klassische Massagetherapie											
	10x	KG											
	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde												
	Generalisierte WS-Erkrankung mit chron. Schmerzen belastungs-												
	unabhängig bei Muskelhypertonus - dysbalance - und insuff. der												
	Rückenmuskulatur und chron. rez. Bewegungsstörungen durch												
	muskuläre Verkürzungen												
	Ggf. Spezifizierung der Therapieziele												
	Erst Tonus regulieren, dann kräftigen												
	Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles												
	Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes												

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel einer bisher nicht möglichen Rezeptur auf einem Verordnungsvordruck.
2. Hier bestehen zwei gleichrangige Funktionsstörungen, die der so verordnende Arzt durch die hintereinander geschaltete Durchführung von KMT und KG intensiv behandeln lassen möchte. Massagetherapie ist hier nicht als kurzzeitiger Einsatz von wenigen Massagegriffen im Rahmen der KG zu verstehen, sondern als ein vollständig zu erbringendes, eigenständiges Heilmittel.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung Darstellung eines Behandlungsverlaufes

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																				
Geb. pfl.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p style="text-align: right;">geb. am</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <h3>Heilmittelverordnung 13</h3> <p>Maßnahmen der Physikalischen Therapie</p> <p>IK des Leistungserbringers</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Gesamt-Zuzahlung</td> <td style="width: 50%;">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor km</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Rechnungsnummer</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Belegnummer</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> </div> </div>								Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hausbesuch	Faktor km	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Rechnungsnummer	<input type="text"/>	Belegnummer	<input type="text"/>
Gesamt-Zuzahlung									Gesamt-Brutto																			
<input type="text"/>									<input type="text"/>																			
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
Hausbesuch	Faktor km																											
<input type="text"/>	<input type="text"/>																											
Rechnungsnummer	<input type="text"/>																											
Belegnummer	<input type="text"/>																											
Geb. frei																												
Unfall Unfallfolgen																												
BVG	<p>Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status</p> <p>Vertragsarzt- Nr. VK gültig bis Datum 17.04.2001</p>																											
<p>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) Behandlungsbeginn spätest. am:</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord. <input type="text" value="23.04.01"/> </p> <p> Hausbesuch Verord. außerhalb d. Regelfalles </p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord. </p>																												
Verordnungs-							Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Anzahl pro Wo.																			
10x	KG							2-3x																				
10x	KG-Gerät							2-3x																				
<p>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</p> <p>Bandscheibenprolaps L4/5 re mit chronisch radikulär ausstrahlenden Schmerzen und motorischer Parese d. M. tibialis anterior mit Fußheberschwäche (K. Gr. 3)</p>																												
<p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Eigenübungsprogramm !</p>																												
<p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</p>																												
								<p>Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p>																				

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine Rezeptur, bei der der verordnende Arzt sich eng an den Text des Kataloges angelehnt hat.
2. In diesem Fall bedingen die zwei gleichrangigen Funktionsstörungen – „Schmerz und Muskelschwäche“ - die Auswahl von zwei Heilmitteln (hier 2x vorrangiges Heilmittel – **KG für „Schmerz“** und **KG-Gerät für „Fußheberschwäche“**)
3. Hier wurde ein vorzeitiger Therapiebeginn angegeben, beispielsweise um nicht eine 10 tägige Therapiepause zu riskieren.
4. Hinweis: Eigenübungsprogramm erlernen = häufig ein wichtiges Therapieziel!

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13											
Geb. pff.	Name, Vorname des Versicherten								geb. am		IK des Leistungserbringers										
Geb. frei									Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		Maßnahmen der Physikalischen Therapie		Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto			
Unfall/Unfallbeitrag	Vertragsarzt- Nr.								VK gültig bis		Datum										
BVG									15.05.2001		Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.						
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)										Behandlungsbeginn spätest. am:											
<input type="checkbox"/> Erstverord. <input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.										<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie				<input type="checkbox"/> Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.							
Verordnungs- menge										Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges										Anzahl pro Wo.	
8x		KG								2-3x											
8x		Stangerbad								2-3x											
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde																					
<u>Bandscheibenprolaps L4/5 re mit chron. Lumboischialgie L5 re.</u> <u>und Teilparese des rechten Fußhebermuskels (K.Gr. 3)</u>																					
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele																					
<u>Schmerzreduktion und Kraftverbesserung</u> <u>= zentrale Therapieziele</u>																					
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles																					
										Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes											

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für Rezeptur – im **gewohnten Sprachgebrauch** bei zwei Funktionsstörungen.
2. Behandlung muss spätestens am 25.05.2001 beginnen, da das Feld (Behandlungsbeginn spätestens am:) nicht ausgefüllt wurde.
3. Beispiel für eine mengenmäßig nicht ausgeschöpfte Folgeverordnung.
4. Ein Beispiel für eine **Konkretisierung der Therapieziele**. Hierbei soll die Funktions-störung des „Schmerzes“ – gekennzeichnet durch den gängigen Begriff der Lumbo-ischialgie – durch den Einsatz des ergänzenden Heilmittels „Stangerbad“, die Funktions-störung der **aktiv verbesserbaren Kraft der Fußhebermuskulatur** durch den Einsatz des vorrangigen Heilmittels „KG“ behandelt werden.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Deutliche Reduktion der Schmerzsymptomatik nur nach längerem Sitzen

gelegentlich Schmerz, allerdings Fortbestehen der Fußheberparese mit K. Gr. 2-3

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

keine - normaler Verlauf

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein

Prognostische Einschätzung:

Fußhebermusk. aktiv trainierbar, daher Fortsetzung der Therapie zur Verbesserung

der Gehfähigkeit und Vermeidung einer Peronäusschiene

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

nur mehr KG-Einzeltherapie erforderlich

Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13b.2 (7.2001)

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung
oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Geb. öff. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall (Unfall-/Todesfall) <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="3">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">13.06.2001</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten									geb. am									Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum									13.06.2001			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Maßnahmen der Physikalischen Therapie</td> <td colspan="2">IK des Leistungserbringers</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gesamt-Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">km</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Rechnungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Belegnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	Maßnahmen der Physikalischen Therapie		IK des Leistungserbringers						Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto						Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.						Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.						Hausbesuch	Faktor	km						Rechnungsnummer								Belegnummer							
Name, Vorname des Versicherten																																																																																																														
geb. am																																																																																																														
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																																																																																								
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum																																																																																																								
						13.06.2001																																																																																																								
Maßnahmen der Physikalischen Therapie		IK des Leistungserbringers																																																																																																												
Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																																																																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																																												
Hausbesuch	Faktor	km																																																																																																												
Rechnungsnummer																																																																																																														
Belegnummer																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> <td colspan="4">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hausbesuch</td> <td colspan="4">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:				<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.					Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">Rechnungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Belegnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> </table>	Rechnungsnummer																				Belegnummer																																																
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																											
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles																																																																																																										
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																										
Rechnungsnummer																																																																																																														
Belegnummer																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Verordnungs- menge</th> <th style="width: 70%;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</th> <th style="width: 20%;">Anzahl pro Wo.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td style="text-align: center;">KG</td> <td style="text-align: center;">2-3x</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>									Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.	10x	KG	2-3x																																																																																																
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.																																																																																																												
10x	KG	2-3x																																																																																																												
<p>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</p> <p>Bandscheibenprolaps L4/5 re mit belastungs- u. haltungsinduzierter</p> <p>Lumboischialgie re. und Fortbestehen der Fußheberparese (K.Gr. 3-4)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Unterbrechung der Behandlung zum jetzigen</p> <p>Zeitpunkt gefährdet das angestrebte Thera-</p> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</p> <p>pieziel - siehe Bericht des Neurologen,</p> <p>- siehe Bericht des Therapeuten</p>																																																																																																														
										Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes <small>Muster 13a.1 (7.2001)</small>																																																																																																				

1. Im Katalog ist bei dieser Diagnose eine **2. Folgeverordnung im Regelfall nicht vorgesehen**, daher handelt es sich hier um eine Verordnung „außerhalb des Regelfalles“
2. Die Funktionsstörung „Fußheberparese (K.Gr. 3-4)“ bedingt die Verordnung des vorrangigen HM „KG“. Mit diesem HM kann auch die Funktionsstörung „Schmerz“ – gekennzeichnet durch den Begriff „Lumboischialgie“ – behandelt werden. Durch die Formulierung „belastungs- und haltungsinduziert“ wird deutlich, dass der Schmerz eher in den Hintergrund getreten ist und diese Funktionsstörung daher nicht gleichrangig neben der Fußheberparese mit einem zweiten HM behandelt werden muss.
3. Die bei Verordnungen „außerhalb des Regelfalles“ erforderliche medizinische Begründung bezieht sich auf das angestrebte Therapieziel und wird in diesem Fall durch zwei weitere Meinungen (des Neurologen und Therapeuten) gestützt.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung Beispiel für die Darstellung eines Behandlungsverlaufes

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	Heilmittelverordnung 13				
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								IK des Leistungserbringers				
Geb. frei	geb. am								Maßnahmen der Physikalischen Therapie				
Unfall/Unfallfolgen	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status								Gesamt-Zuzahlung				
BVG	Vertragsarzt- Nr. VK gültig bis Datum								Gesamt-Brutto				
								Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.	
								Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.	
								Hausbesuch		Faktor		km	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)								Behandlungsbeginn spätest. am:					
<input checked="" type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.								23. 04. 01					
Hausbesuch								Verord. außerhalb d. Regelfalles					
<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie								<input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.					
								Rechnungsnummer					
								Belegnummer					
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.				
10x	D1 KG, KMT, Elektrostim. und Wärmetherapie								3-5x				
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde Z.n. NPP-OP L4/5 li - OP am 2.3.01, Reha vom 14.3 - 17.4.01 - mit Fußheberparese (K.Gr.0-1) u. schmerzhaften Bewegungs- und Muskelspannungsstörungen.													
E-Stimulation nach IT-Kurve, gute Ggf. Spezifizierung der Therapieziele Prognose bei nur kurzzeitiger Nerven- wurzelkompression Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles													
								Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes					
Muster 13a.1 (7.2001)													

3. Beispiel für die Verordnung einer „**standardisierten Heilmittel-Kombination**“ bei Fortbestehen mehrerer Funktionsstörungen, z.B. nach Abschluß einer Reha-Maßnahme.
4. Bei der Elektrostimulationstherapie sollte immer ein Hinweis auf die **Prognose** dieser Maßnahme erfolgen.
5. Im Katalog findet man diese Indikation unter „Bandscheibenoperation – späte Behandlungsphase - (7. – 12. Woche, S. 17/18). Die **Rezeptur erfolgt im gewohnten Sprachgebrauch und** nicht durch wortgetreue 1 zu 1 Übernahme des Katalogtextes.
6. In diesem Beispiel werden die **Einzelelemente der „standardisierten Heilmittel-Kombination“ genau benannt**. Hierauf kann der verordnende Arzt auch verzichten, wobei er dem Therapeuten dann die Auswahl überlässt. (mindestens 3 Elemente müssen durchgeführt werden, Leistung wird pauschal vergütet)

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Deutlich reduzierte Schmerzen bei Bewegung der LWS, FBA jetzt 10 cm, Muskelspannung normal, Fortbestehen der Fußheberparese (K.Gr.1-2) und funktionelle

Instabilität des Rumpfes bei Muskeldysbalance - und -insuffizienz

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

IT-Kurven-Kontrolle zeigt Ansprechen der Therapie mit Einzelimpulsen

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein

Prognostische Einschätzung:

Längerfristige Durchführung d. Elektrostimulation erforderlich, Anhalten d. Schmerzreduktion durch Verbesserung der Kraft d. rumpfstabilisierenden Muskulatur möglich

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

Reduktion auf Einzelheilmittel mit

Einsatz von Trainingsgeräten (KG-Gerät)

Datum

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13b.2 (7.2001)

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="3">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum 04.05.2001</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten									geb. am									Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum 04.05.2001			Maßnahmen der Physikalischen Therapie IK des Leistungserbringers <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="10"></td></tr> <tr><td colspan="5">Gesamt-Zuzahlung</td><td colspan="5">Gesamt-Brutto</td></tr> <tr><td colspan="5"></td><td colspan="5"></td></tr> <tr><td colspan="5">Heilmittel-Pos.-Nr.</td><td colspan="1">Faktor</td><td colspan="4">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td></tr> <tr><td colspan="5"></td><td colspan="1"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="5">Heilmittel-Pos.-Nr.</td><td colspan="1">Faktor</td><td colspan="4">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td></tr> <tr><td colspan="5"></td><td colspan="1"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="5">Hausbesuch</td><td colspan="1">Faktor</td><td colspan="4">km</td></tr> <tr><td colspan="5"></td><td colspan="1"></td><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="10">Rechnungsnummer</td></tr> <tr><td colspan="10"></td></tr> <tr><td colspan="10">Belegnummer</td></tr> <tr><td colspan="10"></td></tr> </table>											Gesamt-Zuzahlung					Gesamt-Brutto															Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.														Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.														Hausbesuch					Faktor	km														Rechnungsnummer																				Belegnummer																			
Name, Vorname des Versicherten																																																																																																																																																																															
geb. am																																																																																																																																																																															
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																																																																																																																																																									
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum 04.05.2001																																																																																																																																																																									
Gesamt-Zuzahlung					Gesamt-Brutto																																																																																																																																																																										
Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																																																																																																									
Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																																																																																																									
Hausbesuch					Faktor	km																																																																																																																																																																									
Rechnungsnummer																																																																																																																																																																															
Belegnummer																																																																																																																																																																															
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) <input type="checkbox"/> Erstverord. <input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.									Behandlungsbeginn spätest. am: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">07</td><td style="text-align: center;">05</td><td style="text-align: center;">01</td></tr> </table>	07	05	01																																																																																																																																																																			
07	05	01																																																																																																																																																																													
Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie									Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																																																																																						
Verordnungs-Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges									Anzahl pro Wo.																																																																																																																																																																						
8x	KG - Gerät								2-3x																																																																																																																																																																						
8x	Elektrostimulation								2-3x																																																																																																																																																																						
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde Z.n. NPP-OP L4/5 li - OP am 2.3.01 mit fortbestehender Fußheberparese (K.Gr.1-2) li. sowie Muskeldysbalance- u. -insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur																																																																																																																																																																															
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele Einleitung der Eigentherapie mit EMS-Gerät erforderlich Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles																																																																																																																																																																															
									Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes <small>Muster 13a.1 (7.2001)</small>																																																																																																																																																																						

3. Beispiel für eine **Folgeverordnung** nach Durchführung einer Behandlung mit „standardisierter Heilmittel-Kombination“.
4. Elektromyostimulationsgeräte (**EMS-Geräte**) können als **Hilfsmittel** zeitbegrenzt **ärztlich verordnet** werden und werden dann zumeist vom Therapeuten mit den entsprechenden Einzelimpulsen programmiert.
5. Im vorliegenden Beispiel wurde in Abhängigkeit von den jeweils zwei unterschiedlichen Funktionsstörungen das vorrangige Heilmittel-**A** = KG bei Muskeldysbalance- u. -insuffizienz mit dem ergänzenden Heilmittel-**C** = „Elektrostimulation n. Best. d. Reizparameter“ kombiniert.

Beispiel Wirbelsäulenerkrankungen

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																																																														
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallträger <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="1" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="2">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">09.05.01</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten																	geb. am	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.				VK gültig bis		Datum									09.05.01			<h2 style="margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h2> <p>Maßnahmen der Physikalischen Therapie</p> <p>IK des Leistungserbringers</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Gesamt-Zuzahlung</td> <td colspan="2">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Hausbesuch</td> <td>Faktor</td> <td colspan="2">km</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Rechnungsnummer</p> <p>Belegnummer</p>	Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto						Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.						Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.						Hausbesuch	Faktor	km					
Name, Vorname des Versicherten																																																																																						
								geb. am																																																																														
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																																																																
Vertragsarzt- Nr.				VK gültig bis		Datum																																																																																
						09.05.01																																																																																
Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto																																																																																				
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																				
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																				
Hausbesuch	Faktor	km																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> <td colspan="5">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hausbesuch</td> <td colspan="5">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Folgeverord.</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:					<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.						Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles					<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																													
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:																																																																																		
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																			
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles																																																																																		
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																	
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.																																																																														
10x	KG																																																																																					
	- Rücksprache tel. erbeten -																																																																																					
<p><small>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</small></p> <p style="font-size: 1.2em;">Rheumatoide Arthritis mit Befall der HWS und chronisch fortschreitender Wirbelgelenksinstabilität.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																						
<p><small>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</small></p> <p style="font-size: 1.2em;">Keine manuelle Mobilisation</p> <hr/> <p style="font-size: 1.2em;">Fortgesetzt milde Stabilisation</p> <hr/> <p><small>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</small></p> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																																						
							<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p>																																																																															

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine seltene Indikation mit Patientengefährdungspotential bei nicht sachgerechter Therapieausführung.
2. Enger Kontakt bei dieser Funktionsstörung zwischen verordnendem Arzt und Therapeut erforderlich.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

Schon nach der ersten Therapieeinheit Zunahme von Kopfschmerzen

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Während der zweiten Behandlung verschlimmert jede aktive Behandlung den

Schmerzzustand

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein

Prognostische Einschätzung:

Derzeit physiotherapeutisch nicht möglich

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

Datum

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13b.2 (7.2001)

Beispiel Wirbelsäulenerkrankung

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																																															
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="1" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="2">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum 19.04.2001</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten																	geb. am	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.				VK gültig bis		Datum 19.04.2001																													
Name, Vorname des Versicherten																																																																							
								geb. am																																																															
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																																																	
Vertragsarzt- Nr.				VK gültig bis		Datum 19.04.2001																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="5">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hausbesuch</td> <td colspan="5">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)									<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.	Behandlungsbeginn spätest. am:					Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles					<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																															
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)																																																																							
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.	Behandlungsbeginn spätest. am:																																																																			
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles																																																																			
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="8">Maßnahmen der Physikalischen Therapie</td> <td colspan="1">IK des Leistungserbringers</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Gesamt-Zuzahlung</td> <td colspan="4">Gesamt-Brutto</td> <td colspan="1"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="1">Faktor</td> <td colspan="5">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="1">Faktor</td> <td colspan="5">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Hausbesuch</td> <td colspan="1">Faktor</td> <td colspan="5">km</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Rechnungsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="9">Belegnummer</td> </tr> </table>									Maßnahmen der Physikalischen Therapie								IK des Leistungserbringers	Gesamt-Zuzahlung				Gesamt-Brutto					Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.					Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.					Hausbesuch			Faktor	km					Rechnungsnummer									Belegnummer								
Maßnahmen der Physikalischen Therapie								IK des Leistungserbringers																																																															
Gesamt-Zuzahlung				Gesamt-Brutto																																																																			
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																			
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor	ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																			
Hausbesuch			Faktor	km																																																																			
Rechnungsnummer																																																																							
Belegnummer																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Verordnungs-</td> <td colspan="7">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</td> <td style="width: 10%;">Anzahl pro Wo.</td> </tr> <tr> <td>menge</td> <td colspan="7"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10x</td> <td colspan="7">D2 - Wenn möglich Chirogymnastik</td> <td>3-5x</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="7"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="7"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="7"> </td> <td> </td> </tr> </table>									Verordnungs-	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.	menge									10x	D2 - Wenn möglich Chirogymnastik							3-5x																																				
Verordnungs-	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.																																																															
menge																																																																							
10x	D2 - Wenn möglich Chirogymnastik							3-5x																																																															
<p>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</p> <p>M. Bechterew, chronischer Verlauf mit fortschreitendem Beweglichkeitsverlust vom Thorax, BWS und LWS und linker Hüfte mit Muskelspannungsstörung und -verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen und Muskeldysbalance- und -insuffizienz</p> <hr/> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Eigenübungsprogramm !!</p> <hr/> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</p> <hr/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Muster 13a.1 (7.2001)</p>																																																																							

1. Beispiel für die Verordnung einer standardisierten Kombination mit dem ärztlichen Hinweis – möglichst Chirogymnastik – auch wegen des hieraus regelmäßig ableitbaren Eigenübungsprogrammes.
2. Der verordnende Arzt lässt die Auswahl der Einzelelemente der Kombination allerdings bewusst offen.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Nach 30 Therapieeinheiten weitestgehend beschwerdefreier Patient, beherrscht

Eigenübungsprogramm, gute Compliance, positive Motivation zur Eigentherapie

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

keine

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein

Prognostische Einschätzung:

Therapiepause für 3 Monate sinnvoll, dann Befundkontrolle und ggf. Fortsetzung der Therapie

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

keine

Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Muster 13b.2 (7.2001)

Beispiel Unfall-Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	Heilmittelverordnung 13		
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								IK des Leistungserbringers		
Geb. frel.									geb. am		
Unfall Unfall- Zeitraum									Maßnahmen der Physikalischen Therapie		
BVG	Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status					
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum						
					18.04.01						
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)								Behandlungsbeginn spätest. am:			
<input type="checkbox"/> Erstverord.		<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.		<input checked="" type="checkbox"/> Langfristverord.					
Hausbesuch		<input type="checkbox"/> Ja		<input checked="" type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		Verord. außerhalb d. Regelfalles			
						<input type="checkbox"/> Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.			
Gesamt-Zuzahlung				Faktor				ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Gesamt-Brutto				Faktor				ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Heilmittel-Pos.-Nr.				Faktor				ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Heilmittel-Pos.-Nr.				Faktor				ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Hausbesuch				Faktor				km			
Rechnungsnummer				Faktor				km			
Belegnummer				Faktor				km			
Belegnummer				Faktor				km			
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.		
10x	Manuelle Therapie								2-3x		
10x	Wärmetherapie								2-3x		
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">Z. n. Oberarmfraktur re. mit Bewegungsstörung des re. Schulter- und Ellenbogengelenkes - OP Juni 1999 (Marknagelung), ME Januar 2000</p>											
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles											
										Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes	

Muster 13a.1 (7.2001)

Beispiel für eine nicht zulässige Verordnung

1. Langfristverordnungen im Regelfall können bei dieser Diagnose **nur bis 6 Monate nach OP** verordnet werden. Solche Hinweise findet man regelmäßig v.a. in diesem Indikationspektrum.
2. In solchen Fällen kann sinnvoller Weise **auf die Diagnose: „Chronische Erkrankung des Schulter- und Ellenbogengelenkes, traumatisch (s. 52 des Kataloges)“ ausgewichen werden.** Hierbei kann in der vorgesehenen Zeile (ggf. wesentliche Befunde) auf dem Verordnungsvordruck durchaus auf die mittlerweile fast 2 Jahre zurückliegende Fraktur hingewiesen werden.
3. Die Auswahl der Heilmittel erfolgte allerdings – in Anlehnung an die Leitsymptomatik - auch in diesem Beispiel in richtiger Weise.

Beispiel Gelenk- und Weichteilerkrankung

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																					
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> <td colspan="1" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="4">VK gültig bis</td> <td colspan="2">Datum</td> <td colspan="1"></td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten																	geb. am	Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis				Datum			<h2 style="margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h2> <p>Maßnahmen der Physikalischen Therapie</p> <p>IK des Leistungserbringers: <input type="text"/></p> <p>Gesamt-Zuzahlung: <input type="text"/></p> <p>Gesamt-Brutto: <input type="text"/></p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr.: <input type="text"/> Faktor: <input type="text"/> ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Heilmittel-Pos.-Nr.: <input type="text"/> Faktor: <input type="text"/> ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Hausbesuch: <input type="text"/> Faktor: <input type="text"/> km: <input type="text"/></p> <p>Rechnungsnummer: <input type="text"/></p> <p>Belegnummer: <input type="text"/></p>
Name, Vorname des Versicherten																																													
								geb. am																																					
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																							
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis				Datum																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> <td colspan="5">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="5"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hausbesuch</td> <td colspan="5">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input type="checkbox"/> Nein</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:					<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.	<input type="text"/>					Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.				
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:																																									
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.	<input type="text"/>																																									
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles																																									
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input checked="" type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																								
Verordnungs- menge		Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.																																				
10x		Manuelle Therapie							3-4x																																				
<p>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Teilschultersteife re., chronischer Verlauf mit anhaltender Bewegungseinschränkung - Abduktion bis 80°, Elevation bis 100°, und AR-Einschränkung mit Einschränkung der Selbstversorgung u. Körperpflege</p> <hr/> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p style="text-align: center;">Zunahme der Beweglichkeit um 1/3 durch Regelbehandlung. Bei positiver Prognose bedingen v.a. die</p> <p style="text-align: center;">Aktivitätseinschränkungen die Fortsetzung d. Therapie</p> <p style="text-align: center;">- siehe auch Bericht des Therapeuten - (8.1)</p>																																													
								<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p>																																					

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine Verordnung außerhalb des Regelfalles. Die medizinische Begründung zur Verordnung außerhalb des Regelfalles wird schon in der Diagnose- und Leitsymptomatik-Beschreibung vorbereitet.
2. Eine positive prognostische Einschätzung mit Darstellung von eingeschränkten Fähigkeiten erleichtern dem MDK die Einschätzung des Störungsbildes.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Die bisher erfolgten 26 Behandlungen zeigen einen, wenn auch nur langsamen
Fortschritt hinsichtlich der Beweglichkeit, Schmerzsymptomatik eher Nebenbefund

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

gute Mitarbeit im Selbsttraining, Bewegungsausmaße nicht rückläufig.

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein **aus physiotherapeutischer Sicht nicht eindeutig**

Prognostische Einschätzung:

Bei längerfristiger Therapieunterbrechung (z.B. 6 Wochen) möglicherweise
deutliche Verschlimmerung, Narkosemobilisation

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

OP? Patient weiter motiviert zu konservativem

Vorgehen

Datum

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13b.2 (7.2001)

Beispiel Erkrankungen der Atmungsorgane

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	
<input type="checkbox"/> Geb. pfl.									
<input type="checkbox"/> Geb. frei.									
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfall- <input type="checkbox"/> Folgen									
<input type="checkbox"/> BVG									
Name, Vorname des Versicherten									
geb. am									
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum			
						24.04.01			
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)									
<input type="checkbox"/> Erst- verord.		<input type="checkbox"/> 1. Folge- verord.		<input type="checkbox"/> 2. Folge- verord.		<input checked="" type="checkbox"/> Langfrist- verord.			
Hausbesuch						Behandlungsbeginn spätest. am:			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gruppen- therapie		<input type="checkbox"/> Folge- verord. <input type="checkbox"/> Langfrist- verord.			
Heilmittelverordnung 13									
Maßnahmen der Physikalischen Therapie						IK des Leistungserbringers			
Gesamt-Zuzahlung						Gesamt-Brutto			
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			
Hausbesuch			Faktor			km			
Rechnungsnummer									
Belegnummer									
Verordnungs- menge									
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges									
Anzahl pro Wo.									
10x	KG-Mukoviscidose							2-4x	
10x	heiße Rolle							2-4x	
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde									
Mukoviscidose mit Atemnot und Husten, erhöhte generelle Infekt- anfälligkeit (Hausbesuch erforderlich)									
Inhalationstherapie erfolgt als Eigentherapie!									
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele									
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles									
Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes									

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine Langfristverordnung im Regelfall.
2. Hausbesuch erforderlich aus medizinischen Gründen (erhöhte generelle Infektanfälligkeit)
3. KG-Mukoviscidose gehört als Heilmittel zur „allgemeinen KG“
4. Die heiße Rolle ist häufig das einzig mögliche Therapiemittel zur flexiblen Applikation von Wärmetherapie, daher in diesem Versorgungsspektrum sehr sinnvoll.
5. Hinweis auf Eigentherapie – da Sekretlockerung und –verflüssigung sowie Branchospasmolyse hierüber regelmäßig erfolgt. Notwendige Hilfsmittel- und Arzneimittelverordnung geht einer solchen Möglichkeit voraus.

Beispiel für neurologische Erkrankungen

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 13	
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								Maßnahmen der Physikalischen Therapie		
Geb. frei									IK des Leistungserbringers		
Unfall/Unfall-/Unfallgefall.	geb. am								Gesamt-Zuzahlung		
BVG									Gesamt-Brutto		
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status					Heilmittel-Pos.-Nr.	
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis			Datum					Faktor	
					17.04.01					ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.	
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)								Behandlungsbeginn spätest. am:		Rechnungsnummer	
<input type="checkbox"/> Erstverord.		<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.		<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.		<input checked="" type="checkbox"/> Langfristverord.					
Hausbesuch		<input type="checkbox"/> Ja		<input checked="" type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gruppentherapie		Verord. außerhalb d. Regelfalles		Belegnummer	
						<input type="checkbox"/> Folgeverord.		<input type="checkbox"/> Langfristverord.			
Verordnungs- menge		Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.	
12x		KG nach Bobath								2x	
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde											
M. Parkinson mit armbetontem Rigor und Tremor re.											
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele											
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles											
Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes											

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für eine Erkrankung bei der eine **Langfristverordnung im Regelfall** vorgesehen ist.
2. Der Arzt hat in diesem Fall 12 Behandlungen verordnet. Das **Zeitintervall** bis zur nächsten Befund- und Therapiekontrolle des Arztes wird hierdurch - wie auch im Beispiel 5.2 - vorgegeben.
3. Die Darstellung der Indikation ist zwar nicht wortgleich mit dem Katalog, enthält aber die für die Verordnung **notwendigen Angaben der Diagnose und Funktionsstörung**. Beim Ausfüllen von Verordnungsvordrucken kann der verordnende Arzt daher auch weiterhin seinen **individuellen Sprachgebrauch** einsetzen, solange die notwendigen Angaben berücksichtigt werden.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Unter regelmäßiger neurophys. Behandlung gute Gebrauchsfähigkeit

d. re. Armes/Hand

Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes:

Kurzfristige Unterbrechung der Therapie wegen grippalem Infekt. Hierdurch

passagere Verschlechterung

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen ja nein

Prognostische Einschätzung:

Langfrist-Therapie weiterhin erforderlich, da bei Unterbrechung (s.o.)

Verschlimmerung mit Einschränkung der Selbstversorgung droht.

Ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes:

keine, ggf. Reduzierung auf 1x pro Woche

u. situationsgerechte Erhöhung der Frequenz

bei akuter/passagerer Verschlechterung

Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 13b.2 (7.2001)

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																																																																																																																		
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall/Unfall-folger. <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kassen-Nr.</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="3">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">17.04.01</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten									geb. am									Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum									17.04.01			<h3 style="margin: 0;">Heilmittelverordnung 13</h3> <p>Maßnahmen der Physikalischen Therapie</p> <p>IK des Leistungserbringers</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Gesamt-Zuzahlung</td> <td colspan="9">Gesamt-Brutto</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Hausbesuch</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">km</td> <td colspan="3">Rechnungsnummer</td> <td colspan="3">Belegnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	Gesamt-Zuzahlung									Gesamt-Brutto									Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																					Hausbesuch			Faktor			km			Rechnungsnummer			Belegnummer																	
Name, Vorname des Versicherten																																																																																																																																										
geb. am																																																																																																																																										
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status																																																																																																																																				
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum																																																																																																																																				
						17.04.01																																																																																																																																				
Gesamt-Zuzahlung									Gesamt-Brutto																																																																																																																																	
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.			Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																																																																											
Hausbesuch			Faktor			km			Rechnungsnummer			Belegnummer																																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> <td colspan="5">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hausbesuch</td> <td colspan="5">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:					<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.						Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles					<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie				<input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																		
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)				Behandlungsbeginn spätest. am:																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																																																							
Hausbesuch				Verord. außerhalb d. Regelfalles																																																																																																																																						
<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie				<input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Verordnungsmenge</th> <th style="width: 60%;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</th> <th style="width: 30%;">Anzahl pro Wo.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td>KG - Anm.: optionales Heilmittel</td> <td style="text-align: center;">4x</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td>MLD - Anm.: vorrangiges Heilmittel</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td>CO2 Bäder - Anm.: vorrangiges Heilmittel</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.	10x	KG - Anm.: optionales Heilmittel	4x	10x	MLD - Anm.: vorrangiges Heilmittel		10x	CO2 Bäder - Anm.: vorrangiges Heilmittel																																																																																																																							
Verordnungsmenge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.																																																																																																																																								
10x	KG - Anm.: optionales Heilmittel	4x																																																																																																																																								
10x	MLD - Anm.: vorrangiges Heilmittel																																																																																																																																									
10x	CO2 Bäder - Anm.: vorrangiges Heilmittel																																																																																																																																									
<p>Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde</p> <p>Inkompl. Querschnittssyndrom nach Berstungsfraktur TH 10 -</p> <p>operative Stabilisierung am 15.01.01 - mit spastischer Paraparese der Beine und Störungen der Trophik und Oedeme</p> <hr/> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Verbesserung der Gehfähigkeit</p> <hr/> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</p> <hr/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p>																																																																																																																																										

Muster 13a.1 (7.2001)

1. Beispiel für die **Wahl eines optionalen Heilmittels**: „KG“ anstelle des vorrangigen HM: „KG nach Bobath, Vojta, PNF“. Ein Grund hierfür könnte darin bestehen, dass es am Wohnort des Patienten keinen Therapeuten gibt, der die erforderliche Qualifikation zur Leistungserbringung des im Katalog aufgeführten vorrangigen Heilmittels hat.
2. Im **neurologischen Versorgungsspektrum** wurde auf die Definition von standardisierten Kombinationen verzichtet. Daher sieht der Katalog hier vor, bei komplexen Schädigungen **weitere 2 Heilmittel** (vorrangig oder optional oder ergänzend) **neben der Krankengymnastik ohne besondere med. Begründung** zu ermöglichen. Dies erfolgt hier beispielhaft in Anlehnung an die Funktionsstörungen – Störungen der Trophik und Ödeme – durch die Verordnung von MLD und CO₂-Bädern, zusätzlich zur Krankengymnastik.

Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Muster 14)

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden.

2. **Vor der Erstverordnung** einer Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist eine **Eingangsdiagnostik** notwendig. Bei der Eingangsdiagnostik sind störungsbildabhängig die im Kapitel IV Nr. 19 der Heilmittelrichtlinien aufgelisteten Maßnahmen durchzuführen, zu veranlassen oder zeitnah erhobene Fremdbefunde heranzuziehen.

Bei Nichterreichen des individuell angestrebten Therapiezieles ist eine weiterführende Diagnostik erforderlich, die entscheidungsführend ist für die ggf. notwendige Einleitung operativer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen bzw. für die mögliche Beendigung oder Fortsetzung einer Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

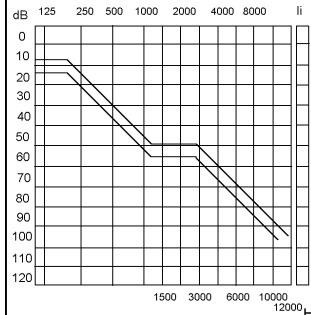
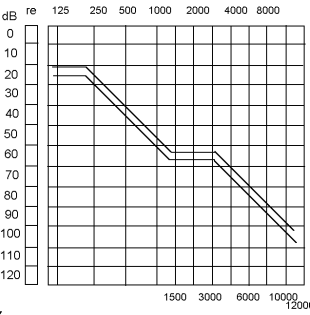


3. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie **dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische sonderpädagogische/heilpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung einer Sprachstörung geboten sind. Sind sprachheilpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Sprachtherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben sprachheilpädagogischen Maßnahmen** darf die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation verordnet werden.

4. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Diagnose** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Heilmittel zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 7), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.

Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist **nur auszufüllen**, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.

5. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines **Hausbesuches**, ist **ausnahmsweise** nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.
6. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.
7. Eine Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie im **Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Diagnose nicht überschritten wird. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von **mehr als 12 Wochen** abgelaufen ist.
8. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppodynamisch gewünschter Effekte bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.
9. Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Physikalischen Therapie und Ergotherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig**.

Störungen der Sprache nach Abschluß der Sprachentwicklung

<input type="checkbox"/> AOK <input checked="" type="checkbox"/> LTK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> VdAK <input type="checkbox"/> AEV <input type="checkbox"/> Knappschaft <input type="checkbox"/> UV	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input checked="" type="checkbox"/> Heilmittelverordnung</p> <p>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>14</p> </div> </div>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Schrift</p> <p><input type="checkbox"/> Sekundär frei</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- <input type="checkbox"/> folgen</p> <p><input type="checkbox"/> BVG</p>	<p>Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maximilian</p> <p>geb. am 31.03.40</p> <p>Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____</p> <p>Vertragsarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum _____</p>	<p>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input checked="" type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.</p> <p>Hausbesuch <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie</p> <p>Behandlungsbeginn spätestens am: _____ Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.</p> <p>Hausbesuch _____ Faktor _____ km _____</p>	<p>IK des Leistungserbringers _____</p> <p>Gesamt-Zuzahlung _____ Gesamt-Brutto _____</p> <p>ergänzende Heilm.-Pos.-Nr. _____ Faktor _____</p> <p>Rechnungsnummer _____</p> <p>Belegnummer _____</p>
<p><input type="checkbox"/> Stimmtherapie <input type="checkbox"/> Sprechtherapie <input checked="" type="checkbox"/> Sprachtherapie</p>			
<p>Therapiedauer pro Sitzung: <u>45</u> Minuten Verordnungsmenge: <u>20</u> Therapiefrequenz: <u>2</u> pro Woche</p> <p>Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Mehrsprachigkeit, Hörgeräte) <u>sensorische Aphasie - Störung im Bereich der Wortfindung, Sprachverständnis eingeschränkt,</u> <u>Probleme beim Schreiben und Lesen - Diagnose durch AAT bestätigt, Hörgeräteträger</u></p> <p>Ggf. neurologische, pädiatrische Besonderheiten (z.B. psychointellektueller Befund)</p> <p>Ggf. Spezifizierung der Therapieziele</p> <p>Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles</p>			
<p>Tonaudiogramm vom _____</p> <p>Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.</p> <p>Das Tonaudiogramm ist bei Kindern in laufender Behandlung nach einem halben Jahr zu wiederholen.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>		<p>Trommelfellbefund:</p> <p>Rechts: <u>grau matt</u></p> <p>Links: <u>grau matt</u></p> <p>Freifeldbefunde ermittelt durch: <input type="checkbox"/> Reaktion <input type="checkbox"/> Konditionierung <input type="checkbox"/> eigene Angaben</p>	
<p>Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>rechts</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>links</p>  </div> </div> <p>Lupenlaryngoskopie: _____</p> <p>Lupenstroboskopie: _____</p> <p>Amplitude _____</p> <p>Randkantenverschiebung _____</p> <p>Regularität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kompletter Glottisschluss <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>			
		<p>Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes</p> <p>Muster 14a.1(7.2001)</p>	

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Wortfindungsstörungen

Probleme im Sprach- und Aufgabenverständnis, Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben

Angewandte Therapieverfahren:

Wortfindungsübungen nach Themen aus dem Alltag in Verbindg. mit Lese-,

Schreibübungen; einfache, leichte Frage- und Aufgabenstellung

Prognostische Einschätzung mit Angabe der Restsymptomatik:

Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen, Probleme beim Lesen u. Schreiben

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der

Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

1x wö Therapie, da Patient nur eingeschränkt mobil und belastungsfähig ist

(Physio- und Ergotherapie 1x wö)

Behandlungsabbruch am: nach _____ Sitzungen wegen:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Blatt 2: Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Störungen der Sprache vor Abschluß der Sprachentwicklung

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">AOK</td> <td style="font-size: 8px;">LKK</td> <td style="font-size: 8px;">BKK</td> <td style="font-size: 8px;">IKK</td> <td style="font-size: 8px;">VdAK</td> <td style="font-size: 8px;">AEV</td> <td style="font-size: 8px;">Knappschaft</td> <td style="font-size: 8px;">UV</td> </tr> </table>	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	<h2 style="text-align: center;">Heilmittelverordnung</h2> <h3 style="text-align: center;">Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Kevin</p> <p>geb. am 31.11.96</p> <p>Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____</p> <p>Vertragsarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum _____</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.</p> <p>Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie</p> <p>Behandlungsbeginn spätestens am: _____ Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.</p> </div> <div style="width: 10%;"> <p>IK des Leistungserbringers</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <p>Gesamt-Zuzahlung</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>Gesamt-Brutto</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>Faktor</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <p>Hausbesuch</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>Faktor</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>km</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> <div style="width: 20%;"> <p>Rechnungsnummer</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 20%;"> <p>Belegnummer</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div> </div>																																																																																																				
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV																																																																																																						

Tonaudiogramm vom Datum

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonschwellenaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.

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

li

re

Freifeldbefunde ermittelt durch:

Reaktion

Konditionierung

eigene Angaben

Trommelfellbefund:

Rechts: grau spiegelnd

Links: grau spiegelnd

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

rechts

links

Lupenlaryngoskopie: _____

_____ rechts links

Lupenstroboskopie

Amplitude

Randkantenverschiebung

Regularität ja nein

Kompletter Glottisschluss ja nein

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Muster 14a.1(7.2001)

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

universelle Dyslalie

nicht altersgerechter aktiver Wortschatz, Dysgrammatismus, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme

Angewandte Therapieverfahren:

Artikulationstherapie unter Einbeziehung von Wortschatz- und grammatikalischen

Übungen; Hörübungen

Prognostische Einschätzung mit Angabe der Restsymptomatik:

Artikulationsprobleme vor allem in Lautverbindungen und der Anwendung der erlernten Laute in

Spontansprache, Wortschatz- und grammatikalische Probleme; Konzentrationsprobleme

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der

Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

3x wö aufgrund der breiten Palette von Störungen und dem anstehenden Schulbeginn in 10 Monaten

Behandlungsabbruch am: nach _____ Sitzungen wegen:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Blatt 2: Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Funktionelle Störungen der Stimme

AOK	<input checked="" type="checkbox"/> LTK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
<input checked="" type="checkbox"/> <small>Sonstige</small> <input type="checkbox"/> <small>Sekundär frei</small> <input type="checkbox"/> <small>Unfall</small> <input type="checkbox"/> <small>Arbeitslos</small> <input type="checkbox"/> <small>BVG</small>							
Name, Vorname des Versicherten							
Mustermann, Guido				geb. am 31.03.73			
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis		Datum			

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverord. 1. Folgeverord. 2. Folgeverord. Langfristverord.

Hausbesuch: Ja Nein Gruppentherapie

Behandlungsbeginn spätestens am: Verord. außerhalb d. Regelfalles

Folgeverord. Langfristverord.

Hausbesuch: Faktor: km:

IK des Leistungserbringers:

Gesamt-Zuzahlung:

Gesamt-Brutto:

ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.: Faktor:

Rechnungsnummer:

Belegnummer:

Stimmtherapie Sprechtherapie Sprachtherapie

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

Diagnose mit Leitsymptomatik, störungsspezifischer Befund (z.B. Sprech-, Sprach-, Stimmstatus, Mehrsprachigkeit, Hörgeräte)
hypofunktionelle Dysphonie mit eingeschränkter stimmlicher Belastbarkeit Tonhaltedauer (THD) für Konsonanten "m" = 10 sec, Stimmklang verhaucht, Rufstimme nicht steigerungsfähig,
geringe Kieferöffnungsweite

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

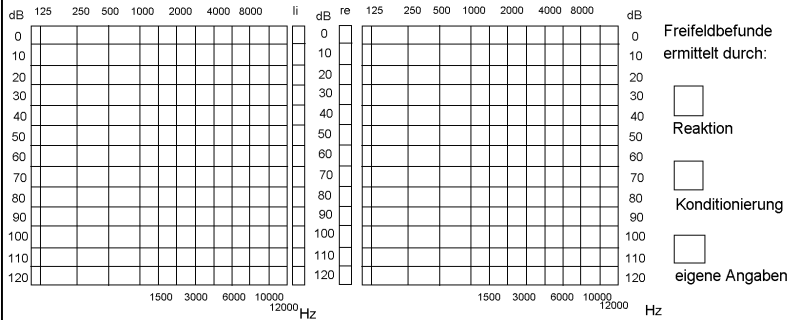
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

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.

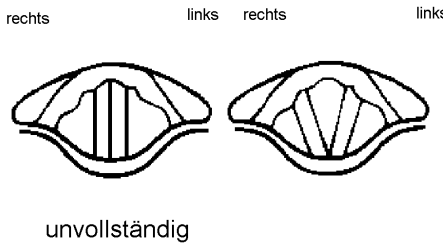


Trommelfellbefund:

Rechts: _____

 Links: _____

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)



Lupenlaryngoskopie: Stimm lippen weiß,
glatt, unvollst. Stimm lippen-Schluß

Lupenstroboskopie

Amplitude: weit weit

Randkantenverschiebung: ja ja

Regularität: ja nein

Kompletter Glottisschluss: ja nein

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom bis durchgeführt

Behandlung gemäß Verordnung

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Entspannungs-, Lockerungs-, Atemprobleme

Probleme im Stimmklang beim Sprechen und Rufen

Angewandte Therapieverfahren:

Entspannungs-, Atemtherapie; Artikulationstherapie mit

Vorverlagerung/Rufstimme kräftigen (Stossübungen, Vokaldehnungen)

Prognostische Einschätzung mit Angabe der Restsymptomatik:

Ausatemverlängerung / Stimmklangverbesserung, Kräftigung der Resonanzfähigkeit der Rufstimme

Nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt Änderung der

Therapiefrequenz Einzeltherapie Gruppentherapie wegen:

Behandlungsabbruch am: nach _____ Sitzungen wegen:

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Blatt 2: Dem verordnenden Arzt nach Beendigung der Behandlung oder für eine Folgeverordnung kurzfristig zurücksenden.

Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie (Muster 18)

1. Die Verordnung erfolgt **ausschließlich** auf dem vereinbarten Vordruck. Der Vordruck muss vollständig ausgefüllt werden. In der Verordnung sind die Maßnahmen der Ergotherapie **eindeutig** zu bezeichnen.
Die Indikation für die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie ergibt sich **nicht** aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn die Schädigung/Funktionsstörung und/oder Fähigkeitsstörung eine Anwendung von Ergotherapie notwendig machen.

2. Nach einer Erstverordnung gilt **jede** Verordnung zur Behandlung **derselben Diagnose** als Folgeverordnung. Dies gilt auch, wenn sich unter der Behandlung die Leitsymptomatik ändert und unterschiedliche Maßnahmen der Ergotherapie zum Einsatz kommen. Sofern ein neuer Regelfall beginnt (vgl. Nr. 5), ist wieder mit einer Erstverordnung zu beginnen.
Das Feld „Behandlungsbeginn spätestens am“ ist **nur auszufüllen**, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden soll.

3. Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten, insbesondere in Form eines **Hausbesuches**, ist **ausnahmsweise** nur dann **zulässig**, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann bzw. wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

4. Maßnahmen der Ergotherapie **dürfen bei Kindern dann nicht verordnet werden, wenn** an sich störungsbildspezifische heilpädagogische/sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung geboten sind. Sind heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Maßnahmen der Ergotherapie nicht an deren Stelle verordnet werden. **Neben heilpädagogischen Maßnahmen** darf die Ergotherapie **nur** bei entsprechender medizinischer Indikation verordnet werden.

5. Eine Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie **im Regelfall** liegt dann vor, wenn die Auswahl zwischen der im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkataloges angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegte Verordnungsmenge je Diagnose nicht überschritten wird. Rezidive oder neue Erkrankungsphasen können die Verordnung von Maßnahmen der Ergotherapie als **erneuten Regelfall** auslösen, wenn nach einer kontinuierlichen Heilmittelanwendung ein behandlungsfreier Intervall **von mehr als 12 Wochen** abgelaufen ist. Heilmittel im Regelfall in der Ergotherapie können verordnet werden als
 - vorrangiges Heilmittel
 - optionales Heilmittel
 - ergänzendes Heilmittel.

6. Die **gleichzeitige Verordnung** mehrerer Maßnahmen der Ergotherapie ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn durch sie ein therapeutisch erforderlicher Synergismus erreicht wird.

7. Bei gegebener Indikation richtet sich die **Auswahl** der zu verordnenden Maßnahmen der Ergotherapie nach dem jeweils therapeutisch im Vordergrund stehenden Behandlungsziel.
 - **Vorrangig** soll eine im Heilmittelkatalog als „vorrangiges Heilmittel“ (A) genannte Maßnahme zur Anwendung kommen.
 - Ist dies aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann **alternativ** ein im Heilmittelkatalog genanntes „optionales Heilmittel“ (B) verordnet werden.
 - **Zusätzlich** zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder „optionalen Heilmittel“ (B) kann ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ (C) verordnet werden.
 - Liegen bei derselben Diagnose **mehrere gleichrangige Schädigungen/Funktionsstörungen/Fähigkeitsstörungen vor**, ist dennoch lediglich die gleichzeitige Verordnung von **maximal zwei Heilmitteln** je Abschnitt des Heilmittelkataloges ggf. mit dem zugehörigen ergänzenden Heilmittel zulässig.

- Die **gleichzeitige Verordnung** eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) **bei derselben Schädigung ist nicht zulässig.**
 - Die gleichzeitige Verordnung von Heilmitteln in der Ergotherapie, Physikalischen Therapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ist bei entsprechender Indikation **zulässig.**
8. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte bzw. im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes **Gruppentherapie** zu verordnen.

Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	Heilmittelverordnung 18												
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								Maßnahmen der Ergotherapie												
Geb. frei									geb. am		IK des Leistungserbringers		Gesamt-Zuzahlung		Gesamt-Brutto						
Unfall/Unfallfolgen	IK des Leistungserbringers Versicherten-Nr. Status								Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.								
BVG									Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis		Datum		Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		Hausbesuch		Faktor
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall) <input checked="" type="checkbox"/> Erstverord. <input type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.								Behandlungsbeginn spätest. am: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				Rechnungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Hausbesuch <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie								Verord. außerhalb d. Regelfalles <input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.				Belegnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Verordnungs- menge</th> <th style="width: 80%;">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</th> <th style="width: 10%;">Anzahl pro Wo.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">10x</td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">Motorisch-funktionelle Behandlung</td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;">2x</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.	10x	Motorisch-funktionelle Behandlung	2x						
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.																			
10x	Motorisch-funktionelle Behandlung	2x																			
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde <u>Zustand nach traumatischer Schädigung rechte Hand mit eingeschränkter aktiver und passiver Bewegung, Sensibilitätsstörungen</u> <u>Probleme beim Schreiben</u>																					
Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten <hr/> <hr/>																					
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele <u>Verbesserung der manuellen</u> <u>Geschicklichkeit</u>																					
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles <hr/> <hr/>																					
										Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes											

Angeborene oder früherworbene Hirnschädigungen und Entwicklungsstörungen

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 18																																																																								
<input type="checkbox"/> Geb. pfl. <input type="checkbox"/> Geb. frei. <input type="checkbox"/> Unfall/Unfallfolgen <input type="checkbox"/> BVG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="9">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="3">IK des Leistungserbringers</td> <td colspan="3">Versicherten-Nr.</td> <td colspan="3">Status</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Vertragsarzt- Nr.</td> <td colspan="3">VK gültig bis</td> <td colspan="3">Datum</td> </tr> </table>								Name, Vorname des Versicherten									geb. am									IK des Leistungserbringers			Versicherten-Nr.			Status			Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum			Maßnahmen der Ergotherapie IK des Leistungserbringers <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																					
Name, Vorname des Versicherten																																																																																		
geb. am																																																																																		
IK des Leistungserbringers			Versicherten-Nr.			Status																																																																												
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)</td> <td colspan="3">Behandlungsbeginn spätest. am:</td> <td colspan="3">Rechnungsnummer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Hausbesuch</td> <td colspan="3">Verord. außerhalb d. Regelfalles</td> <td colspan="3">Belegnummer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Nein</td> <td><input type="checkbox"/> Gruppentherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Folgeverord.</td> <td><input type="checkbox"/> Langfristverord.</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)			Behandlungsbeginn spätest. am:			Rechnungsnummer			<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> Langfristverord.						Hausbesuch			Verord. außerhalb d. Regelfalles			Belegnummer			<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.					Gesamt-Zuzahlung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										Gesamt-Brutto <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																											
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)			Behandlungsbeginn spätest. am:			Rechnungsnummer																																																																												
<input type="checkbox"/> Erstverord.	<input type="checkbox"/> 1. Folgeverord.	<input type="checkbox"/> 2. Folgeverord.	<input checked="" type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																															
Hausbesuch			Verord. außerhalb d. Regelfalles			Belegnummer																																																																												
<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> Folgeverord.	<input type="checkbox"/> Langfristverord.																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Heilmittel-Pos.-Nr.</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">Hausbesuch</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Hausbesuch</td> <td colspan="3">Faktor</td> <td colspan="3">km</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.												Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			Hausbesuch												Hausbesuch			Faktor			km												Heilmittel-Pos.-Nr. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										Faktor <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.																																																																												
Heilmittel-Pos.-Nr.			Faktor			Hausbesuch																																																																												
Hausbesuch			Faktor			km																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Verordnungs- menge</td> <td colspan="7">Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges</td> <td style="width: 10%;">Anzahl pro Wo.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td colspan="7">Motorisch-funktionelle Therapie A2</td> <td style="text-align: center;">1x</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10x</td> <td colspan="7">psychisch-funktionelle Therapie B</td> <td style="text-align: center;">1x</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="7"> </td> <td> </td> </tr> </table>									Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.	10x	Motorisch-funktionelle Therapie A2							1x	10x	psychisch-funktionelle Therapie B							1x										Rechnungnummer <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										Belegnummer <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																											
Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges							Anzahl pro Wo.																																																																										
10x	Motorisch-funktionelle Therapie A2							1x																																																																										
10x	psychisch-funktionelle Therapie B							1x																																																																										
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde <u>Cerebralparese mit Störung Körperhaltung und psychomotorischem Tempo; deutliche Störung des Körperbildes, der Ausdauer und beim Wechsel der Körperhaltung</u>																																																																																		
Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten 																																																																																		
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele <u>Verbesserung der körperlichen Beweglichkeit und der Belastungsfähigkeit/Ausdauer</u>																																																																																		
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles 																																																																																		
										Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;"></div>																																																																								

Schädigungen des Gehirns nach Abschluß der Hirnreife

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten							
Geb. frei	geb. am							
Unfall/Unfallfolgen	IK des Leistungserbringers							
BVG	Versicherten-Nr.				Status			
Vertragsarzt- Nr.			VK gültig bis			Datum		

Heilmittelverordnung 18

Maßnahmen der Ergotherapie

IK des Leistungserbringers:

Gesamt-Zuzahlung:

Gesamt-Brutto:

Heilmittel-Pos.-Nr.:

Faktor:

ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.:

Heilmittel-Pos.-Nr.:

Faktor:

Hausbesuch:

Faktor:

km:

Rechnungsnummer:

Belegnummer:

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

Erstverord. 1. Folgeverord. 2. Folgeverord. Langfristverord.

Behandlungsbeginn spätest. am:

Hausbesuch

Ja Nein Gruppentherapie

Verord. außerhalb d. Regelfalles

Folgeverord. Langfristverord.

Verordnungs- menge	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Anzahl pro Wo.
10x	A3. Hirnleistungstraining	1x

Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde

Zustand nach Apoplexie, Störung der Konzentration, Probleme beim situationsgerechten Verhalten und in den zwischenmenschlichen Interaktionen

Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Verbesserung der Belastungsfähigkeit und Ausdauer

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV		Heilmittelverordnung 18													
Geb. pfl.	Name, Vorname des Versicherten								IK des Leistungserbringers														
Geb. frei.									geb. am								Gesamt-Zuzahlung						
Unfall/ Unfall- folgen	IK des Leistungserbringers Versicherten-Nr. Status								Gesamt-Brutto														
BVG									Vertragsarzt- Nr. VK gültig bis Datum								Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor		ergänzende Heilm.-Pos.-Nr.		
								Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor													
								Hausbesuch		Faktor		km											
								Rechnungsnummer															
								Belegnummer															
								Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)		Behandlungsbeginn spätest. am:													
								Hausbesuch		Verord. außerhalb d. Regelfalles													
								<input type="checkbox"/> Erstverord. <input checked="" type="checkbox"/> 1. Folgeverord. <input type="checkbox"/> 2. Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.		<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gruppentherapie		<input type="checkbox"/> Folgeverord. <input type="checkbox"/> Langfristverord.											
								Verordnungs- menge		Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges								Anzahl pro Wo.					
								10x		A1 psych.-funktionelle Behandlung								2x					
Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde																							
Autismus mit Störung in der zwischenmenschlichen Interaktion kein situationsgerechtes Verhalten, Störung im Verhalten gegenüber Personen																							
Ggf. neurologische/psychiatrische, pädiatrische, orthopädische Besonderheiten																							
Ggf. Spezifizierung der Therapieziele																							
Verbesserung der Grundleistungsfunktion, Verbesserung der Beziehungsfähigkeit																							
Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles																							
Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes																							