

Sehr geehrte/r _____,

die Krankenkassen (KK) und Heilmittelrichtlinien (HMR) nehmen uns in die Prüfpflicht. KK kürzen oder verweigern gänzlich die Bezahlung durchgeführter Behandlungen, falls die VO nicht entsprechend der HMR ausgestellt ist.

Vor diesem Hintergrund erlauben wir uns, Ihnen auf dem VO-Muster (s. rechts) die Punkte zu kennzeichnen bzw. aufzulisten, welche geändert und/oder ergänzt werden müssen. Bitte haben Sie Verständnis für diese Vorgehensweise - die Krankenkassen zwingen uns dazu.

Mit freundlichen Grüßen

_____ Datum _____ Unterschrift und Praxisstempel

Patient: _____ VO vom: _____

Bitte ergänzen oder ändern Sie wie rechts vermerkt (Korrekturvorschlag).

Bitte denken Sie daran, die Änderung mit Datum, Stempel sowie Unterschrift zu bestätigen. Änderungen werden bislang per Fax anerkannt. Wir müssen diese lediglich an die Original- VO anheften.

Wir danken vielmals für Ihre Mithilfe. Unsere Faxnummer: _____

- Heilmittel
- Verordnungsmenge
Bei Erst- und Folgeverordnungen im Regelfall ist die Zahl der Einheiten pro Rezept begrenzt. Außerhalb des Regelfalles gelten andere Regelungen.
- Hausbesuch
- Kennzeichnung der Verordnungen (Erst-Folgeverordnung, außerhalb des Regelfalles)
- med. Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles
- Diagnose / Leitsymptomatik
- Indikationsschlüssel
- ICD 10 Code (extrabudgetäre Versorgung)
- Minutenangabe
- Arztstempel und / oder -Unterschrift fehlt
- Sonstiges: _____

Freigabe 12.03.2008 **14**

Heilmittelverordnung Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Stichtag Geburtsdatum	Krankenkasse bzw. Kostentragender Name, Vorname des Versicherten geb. am		IK des Leistungserbringers Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor	Gesamt-Zuzahlung Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor	Gesamt-Brutto Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor
Einheit Unterschiedliche	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		Wegent-/Pauschal Faktor km Hausbesuch Faktor Hausbesuch Faktor		
BVO	Betriebsstätten-Nr. Arch-Nr. Datum		Rachungenummer		
EWBU CH			Balanznummer		

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)

<input type="checkbox"/> Erst-Verordnung	<input type="checkbox"/> Folge-Verordnung	<input type="checkbox"/> Gruppen-therapie	<input type="checkbox"/> Behandlungsebene fest. an: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verordnung außerhalb des Regelfalles	<input type="checkbox"/> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> Therapieschicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Stimmtherapie **Sprechtherapie** **Sprachtherapie**

Therapiedauer pro Sitzung: _____ Minuten Verordnungsmenge: _____ Therapiefrequenz: _____ pro Woche

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

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

Ggf. Spezifizierung der Therapieziele

Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (Beiblatt)

Tonaudiogramm vom _____

Bitte bei pathologischem oder unsicherem Tonaudiogramm Tympanogramm und Sprachaudiogramm beifügen.

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

--	--

Freiheitsbekunde ermittelt durch:

- Reaktion
- Konditionierung
- eigene Angaben

Laryngologischer Befund (bei Stimmstörungen)

Lupenlaryngoskopie: _____

Lupenstroboskopie: Rechts Links

Amplitude _____

Randkantenverschiebung _____

Regularität Ja Nein

Kompletter Glottisschluss Ja Nein

Verbindliches Muster

Vertragsstempel / Unterschrift des Anl. des
Muster 14 (7.2008)