

An die Arztpraxis

PLZ/ORT:

FAX-Nr.: / E-Mail:

Datum/...../.....

Bericht

auf Anforderung von	
---------------------	--

Versichertendaten

Name	
Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
Krankenkasse	

Behandlung Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die oder der Versicherte ist bei mir in Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisher verordnete Behandlungsmenge	
Art der Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie, Minuten <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Gruppengröße ---- Personen Minuten ---- <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung
Bisher abgegebene Behandlungsmenge	Anzahl XXXX
Behandlungszeitraum	von TT.MM.20JJ bis TT.MM.20JJ

Diagnostik

Therapeutische Diagnose	
Ärztliche Diagnose	
Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	
Therapeutische Diagnostik	

Statusfeststellung

--

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht (kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ)

Behandlung

Ziel/e	
Inhalt	
Verlauf	
Aktueller Stand	
Compliance	
Prognose	
Empfehlung z. B. Beginn einer Therapie Fortführung der Therapie Therapiepause Beendigung der Therapie Wiedervorstellung andere Therapie	Begründung
<hr/> Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel	

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht

(kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ)