

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

1 Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Name, Vorname des Versicherten		
Zuzahlungs-pflicht	geb. am		
Unfall/Unfall-folgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

2 Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

3 Hausbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja Nein **4**

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

5	Physiotherapie Vorrangige Heilmittel: <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	6 Ergänzende Heilmittel: <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie 7 Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	8 Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/> 9 ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>
---	---	---	--	---

10	Indikationsschlüssel <input type="text"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
A	ICD-10 – Code <input type="text"/>	11
	ICD-10 – Code <input type="text"/>	

12 Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)

13 IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Kurzgefasste Checkliste

Verordnung logopädischer Maßnahmen

für Zahnärzte / Kieferorthopäden und Logopäden

1. **Zahlungsfrei/-pflichtig** ankreuzen **1**
2. **Therapiebericht** **4** durch Ankreuzen anfordern (zur Erleichterung/Vereinfachung der Kommunikation kann beiliegender Konsilbogen verwendet werden).
3. **Indikationsschlüssel** **10**: **Leitsymptomatik** eintragen entweder **Störung des Sprechens (SPZ)** oder **Störung des oralen Schluckaktes (SCZ)** oder **Orofaziale Funktionsstörungen (OFZ)**.
4. **Diagnose** **11**: Diagnose = einen Indikationsschlüssel als Freitext eintragen; therapierelevante Befunde nur ergänzen, falls abweichend oder ergänzend zum Indikationsschlüssel.

Beispiele:

- primärer Engstand oder offener Biss (frontal oder lateral)
- lateraler Kreuzbiss, Kopfbiss
- Habits, z.B. Mundatmung, Lutschhabits, Lippen-/Wangensaugen
- skelettale/hereditäre Ursachen, z.B. KFO Angle Klasse III (vergrößerte sagittale Stufe)
- Angle Klasse II2 (Tiefer Biss/Deckbiss, und III (Progenie oder progene Tendenz)
- Anomalien der Bänder, Zunge, Lippe, Tonsillen
- angeborene oder chronische Erkrankungen, z.B. Trisomie, Tumor
- Zustand nach Operationen, z.B. bei Spalterkrankungen

A CD-10-Code **nicht** eintragen

5. **Angaben zur Behandlung**

B **Verordnungsdatum**: Behandlungsbeginn spätestens nach 14 Tagen

- durch **2** kann Behandlungsbeginn vorgezogen werden.

Therapiedauer **7**: je jünger der Patient, desto länger; i.d.R. 45 Minuten (je nach Alter, Störungsbild und Therapiebedarf auch 30 oder 60 Minuten).

Anzahl pro Woche **10**: bei 1-2x pro Woche beide Felder ankreuzen (falls das Praxisverwaltungssystem dies nicht zulässt, handschriftlich ergänzen).

Verordnungsmenge **10**: i.d.R. 10 Behandlungen

- Der verordnende Zahnarzt muss den Patienten informieren, dass die Behandlung (Höchstmenge je Verordnung) in der Regel ohne Unterbrechung zu erfolgen hat. Angegebener Behandlungsbeginn, Behandlungszeitraum mit Intervall und Frequenz müssen durch den Patienten eingehalten werden können, daher ist z.B. auf Ferienzeiten zu achten. Wenn das Therapieziel nicht erreicht wurde, erfolgt eine Zwischendiagnostik und ggf. weitere Verordnung(en) bis der Verordnungsfall mit Erreichen des Therapiezieles abgeschlossen werden kann.