Änderungsschablone Muster-Z13

© Stefan Konietzko: www.SKoPinno-Shop.de

Zuzahlungsfrei | Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungspflicht | Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Unfall/Unfallfolgen

BVG | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Vertragszahnarzt-Nr. | Datum

Datumsänderung **IMMER** zusätzlich Änderungsdatum erforderlich!

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein | Therapiebericht ☐ Ja

Frequenz fehlt? Dann gilt HMK. Änderung über Rückseite

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie

Vorrangige Heilmittel:

- ☐ KG
- ☐ KG-ZNS-Kinder
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
- ☐ KG-ZNS
  - ☐ Bobath
  - ☐ Vojta
  - ☐ PNF
- ☐ MT
- ☐ MLD 30
- ☐ MLD 45

Ergänzende Heilmittel:

- ☐ Kälte
- ☐ Wärme
  - ☐ Heißluft
  - ☐ Heiße Rolle
  - ☐ Ultraschall
  - ☐ Packungen
- ☐ Elektrostimulation
- ☐ Elektrotherapie

Ggf. Spezifizierung

☐ Übungsbehandlung

Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie

Therapiedauer

- ☐ 30 min. ____
- ☐ 45 min. ____
- ☐ 60 min. ____

Anzahl pro Woche

☐---☐---☐
1x 2x 3x

Verordnungsmenge

☐

ggf. ergänzendes Heilmittel

Anzahl pro Woche

☐---☐---☐
1x 2x 3x

Verordnungsmenge

☐

Ausnahme: Änderung Doppelbehandlung

Indikationsschlüssel ☐☐☐☐ | Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele

ICD-10 – Code ☐☐☐.☐☐

ICD-10 – Code ☐☐☐.☐☐

Ausnahme: Leitsymptomatik ist NICHT notwendig, wir dürfen diese aber selbst nachtragen.

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

ROT darf nur vom Arzt geändert werden!
Mit Datum und Unterschrift. **VOR** der ersten Behandlung!

ORANGE darf nur vom Arzt geändert werden!
Mit Datum und Unterschrift. **VOR** der Abrechnung.

GRÜN darf vom Leistungserbringer nach Rücksprache (RS) geändert werden. Mit Datum, Kürzel "LE" und Unterschrift. **VOR** der Abrechnung. Ggf. Dokumentation auf der Rückseite: "Nach "RS" mit Verordner am [Datum] geändert von [Grund] auf [Grund]."

Fehlt der Stempel oder/und die Unterschrift des Verordners. **MUSS diese vor der ersten Behandlung vorhanden sein!**

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Vordr. 9 (Z13 10.2020) SCHÜTZ DRUCK