

**Vordruck Zahnärztliche Heilmittelverordnung und Ausfüllhinweise
(Vordruck 9 Anlage 14a und 14b BMV-Z ab 1. Januar 2021)**

Dieser Vordruck ist erst ab 1. Januar 2021 zu verwenden.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am
Unfall/Unfallfolgen	
BVG	Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status
	Vertragszahnarzt-Nr. Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges	
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen) Hausbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
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	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 Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/> ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>
Indikationseschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 - Code	
ICD-10 - Code	
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)	
IK des Leistungserbringers	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Der Vordruck erhält das Format DIN A4 hoch.