

**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

