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

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

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

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

FAX-Nr. / E-Mail

Datum TT.MM.20JJ

**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 | **🗆** ja  **🗆** nein |
| Bisher verordnete Behandlungsmenge |  |
| Art der Therapie | **🗆** Einzeltherapie, Minuten  **🗆** Gruppentherapie  Gruppengröße ---- Personen  Minuten -----  **🗆** 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**

|  |
| --- |
|  |

**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 |
| |  | | --- | | **Unterschrift Therapeutin oder Therapeut  und Praxisstempel** | |  |