

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

-----  
FAX-Nr. / E-Mail

Datum TT.MM.20JJ

### Bericht

auf Anforderung von	Ärztin oder Arzt, Medizinischen Dienst und andere vergleichbare Institutionen It. Anhang B zu Anlage 1 zum Vertrag
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Versichertendaten

Name	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	

### Behandlung

#### Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Die oder der Versicherte ist bei mir in Behandlung	<input type="checkbox"/> ja X <input type="checkbox"/> nein
Bisher <b>verordnete</b> Behandlungsmenge	Anzahl X
Art der Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie, X Minuten <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Wenn ja, Gruppengröße X Personen Minuten. <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht (kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeiM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeiM-RL ZÄ)

Bisher <b>abgegebene</b> Behandlungsmenge	Anzahl X
Behandlungszeitraum	von TT.MM.JJJJ. bis TT.MM.JJJJ

### Diagnostik

Therapeutische Diagnose	Kurzform der logopädischen Diagnose beispielsweise „multiple Dyslalie“, „Dysphagie mit xyz“.
Ärztliche Diagnose	Übernehmen Sie an dieser Stelle die ärztliche Diagnose der aktuellen Verordnung (ICD-10 Code, ggf. auch Klartext oder Freitext
Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	Übernehmen Sie die Angaben der aktuellen Verordnung.
<b>Therapeutische Diagnostik:</b> Zählen Sie an dieser Stelle die von Ihnen verwendeten Tests, Screenings, informellen Verfahren und sonstiges wie Anamnese, Auswertung von Fremdbefunden oder Spontansprachanalysen auf.	

### Statusfeststellung

Hier beschreiben Sie die Ergebnisse der oben genannten diagnostischen Verfahren einschließlich der alltagsrelevanten Auswirkungen und Beeinträchtigung der Aktivitäten des Patienten (ICF).
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Behandlung

<b>Ziel/e:</b> Formulieren sie <u>konkret</u> , mit welchen Zielen die Behandlung begonnen wurde. Achten Sie darauf, dass diese Ziele für den Patienten alltagsrelevant und realistisch innerhalb einer bestimmten Zeit erreichbar sein sollten. Beachten Sie: auch die Verlangsamung eines chronischen Verlaufes oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden oder auch die Minderung von Pflegebedürftigkeit oder der Erhalt von Fähigkeiten sind von der Heilmittelrichtlinie als Therapieziel gedeckt. Gegebenenfalls können übergeordnete Ziele und Zwischenziele formuliert werden.
<b>Inhalt:</b> Berichten Sie mit welchen Therapiemethoden, welchen Maßnahmen und welchem therapeutischen Vorgehen incl. der Anleitung/Beratung von Bezugspersonen Sie die o.g. Therapieziele erreichen. Anregungen für Formulierungen

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht

(kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeiIM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeiIM-RL ZÄ)

<p>können Sie sich hier auch aus der Leistungsbeschreibung (Anlage zum Rahmenvertrag) holen</p>	
<p><b>Verlauf:</b> An dieser Stelle beschreiben Sie, wie der Patient auf die angebotenen Methoden und Maßnahmen reagiert hat, ob im Verlauf Anpassungen notwendig waren, ob gegebenenfalls Therapieziele abgeändert werden mussten.</p>	
<p><b>Aktueller Stand:</b> Gleichen Sie die erreichten Ziele mit den gesetzten Zielen ab. Welche Ziele sind noch offen? Was wurde erreicht? Hat sich gegebenenfalls inzwischen die therapeutische Diagnose geändert (z.B. statt amnestischer Aphasie nur noch Restaphasie)?</p>	
<p><b>Compliance:</b> Beschreiben Sie die Motivation und Mitarbeit des Patienten und seines Umfelds, Termintreue, häusliches Üben, die Anstrengungsbereitschaft u.ä.. Dazu ist an dieser Stelle Raum für die sogenannten Kontextfaktoren (Förderfaktoren oder auch Barrieren) im Sinne der ICF.</p>	
<p><b>Prognose:</b> Welche (zukünftigen/weiteren) Ziele können realistisch erreicht werden, wenn die Therapie fortgeführt wird. Alternativ: Was passiert wahrscheinlich, wenn die Therapie beendet wird? Beachten Sie: eine Prognose ist keine 100% ige Zusicherung, sondern beschreibt lediglich eine Wahrscheinlichkeit- ähnlich der Wetterprognose.</p>	
<p><b>Empfehlung</b></p> <p>An dieser Stelle wird tatsächlich unsere fachliche Expertise angefragt und ist ein erster Schritt zur echten Zusammenarbeit. Sie können eine Empfehlung für Fortführung der Behandlung oder Beendigung derselben aussprechen, das Einleiten weiterer medizinischer Diagnostik, eine RehaMaßnahme oder auch Behandlung durch weitere Heilmitteldisziplinen oder andere Fachgruppen empfehlen.</p>	<p><b>Begründung</b></p> <p>Begründen Sie Ihre Empfehlung im Hinblick auf die zu Beginn formulierten Therapieziele sowie die Prognose. Inwiefern helfen Ihre Empfehlungen das (nächste) Therapieziel zu erreichen.</p>
<hr/> <p><b>Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel</b></p>	

Anhang C zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: **Bericht**

Für die Versicherte oder den Versicherten von Ärztinnen oder Ärzten, Medizinischem Dienst und anderen vergleichbaren Institutionen angeforderter Bericht

(kein Bericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeiIM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeiIM-RL ZÄ)