

Liebe Kolleginnen und Kollegen

- ▶ Die Inhalte dieser Präsentation zu der Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ) wurden von mir nach bestem Wissen und Gewissen auf Basis der vom G-BA veröffentlichten Unterlagen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4307/>) und der Informationen von GKV-Spitzenverband, SHV und KZBV (Stand 20.10.2020) erstellt. **Alle Angaben sind ohne Gewähr.**
- ▶ Die in der Präsentation gezeigten **Verordnungsformulare** sind vom GKV-Spitzenverband für das Unterschriftenverfahren mit der KZBV veröffentlicht worden. **Möglicherweise kann es hier noch zu Veränderungen kommen.**
- ▶ Dieses Informationsmaterial zur Einführung der neuen Heilmittelrichtlinie wird von mir kostenfrei und unverbindlich Physiotherapeut*Innen im Rahmen ihrer freiberuflichen Tätigkeit zur Verfügung gestellt um das eigene Praxis-Team und Arztpraxen zu informieren und den Einstieg in die neue HeilM-RL zu erleichtern.
- ▶ Die Quellenangaben befinden sich im Anhang.

Spielregeln

- ▶ Ausdrücklich erlaubt ist die Individualisierung der Präsentation mittels Praxislogo **ausschließlich an den entsprechend gekennzeichneten Stellen (Folie 1 & 32) unter Beibehaltung des physiQus®-Logo** in gleicher Größe.
- ▶ **Eine kommerzielle Verwendung des Informationsmaterials ist nicht erlaubt.**
- ▶ Alle Rechte, Irrtümer und Änderungen vorbehalten.
- ▶ Rückfragen und Rückmeldungen (auch Hinweise auf Fehler zur Korrektur) nehme ich gerne entgegen unter info@physiqus.de
- ▶ Ich wünsche viel Erfolg bei den Informationsveranstaltungen und bei der zukünftigen Kooperation mit den Zahnärzten auf Basis dieser Heilmittelrichtlinie.
- ▶ *Andreas Koch
Physiotherapeut
physiQus Therapiekonzepte*

Einführung der neuen

Heilmittelrichtlinie für Zahnärzte (HeilM-RL ZÄ)

Neuerungen zum 1. Januar 2021

Weiterbildung mit Köpfchen

physiQus

...damit Therapie weiter geht

www.physiquus.de



Einführung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anpassung der Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte an das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zum 1.10.2020 beschlossen.

Ziel war es, für Zahnärzte und Heilmittelerbringer eine deutliche Reduzierung der Bürokratie und allgemeine Vereinfachung bei der Verordnung von Heilmitteln zu erreichen.

Zu den wichtigsten Änderungen zählt die Abschaffung der Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Zudem wurden die ersten Voraussetzungen zur Umsetzung einer sogenannten Blankoverordnung geschaffen.

Die Einführung der neuen Richtlinie wurde vom G-BA aufgrund von Problemen bei der Umstellung seitens der Softwarehersteller am 3.9.2020 auf den 1.1.2021 verschoben.

Wir wollen die Zeit nutzen, um Ihnen die Neuerungen und das veränderte Verordnungsformular näher zu bringen und Ihnen damit den Umstieg auf die neue Heilmittelrichtlinie so leicht wie möglich zu machen.

Selbstverständlich stehen wir Ihnen natürlich auch in diesem Zusammenhang gerne persönlich als Ansprechpartner zur Verfügung.



▶ Grundsätzliches

Neuerungen

- ▶ Neue Verordnungsmuster Vordruck 9 (bisher Z13)
- ▶ Wegfall von Erst- & Folgeverordnung
- ▶ Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalls
- ▶ Statt „Regelfall“ gibt es zukünftig den „**Verordnungsfall**“ mit einer **orientierenden Behandlungsmenge**.
- ▶ Jeder Arzt löst mit einer Verordnung einen eigenen „Verordnungsfall“ aus.
- ▶ Nach Durchlaufen des „Verordnungsfalls“ sind weitere Verordnungen ohne Begründung auf der Verordnung möglich. Medizinische Gründe für eine Weiterverordnung sind in die Patientendokumentation des Zahnarztes zu übernehmen.
- ▶ Nach Therapiepause von 6 Monaten (Ausstellungsdatum relevant, nicht Therapieende) beginnt ein neuer „Verordnungsfall“.
- ▶ Generelle **28 Tage-Frist** zum Therapiebeginn (dringlicher Behandlungsbedarf = 14 Tage)

Blankverordnung

- ▶ Offizielle Bezeichnung: „Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung von Heilmittelerbringern“
- ▶ Bei Blankverordnungen gibt der Zahnarzt nur die Diagnose mit Leitsymptomatik und ggf. Therapieziele an
- ▶ Die Auswahl des/der Heilmittel, deren Anzahl, sowie die Frequenz legt der Therapeut auf Grund seiner Befunderhebung nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs fest
- ▶ Bei Verordnungen aufgrund von Indikationen nach § 125a SGB V kann daher auf diese Angaben auf der Verordnung verzichtet werden
- ▶ Blankverordnungen müssen innerhalb von 28 Tagen begonnen werden (bei dringlichem Behandlungsbedarf 14 Tage)
- ▶ Blankverordnungen sind maximal 16 Wochen ab VO-Datum gültig
- ▶ Diagnosen und Indikationslisten zur Blanko-VO sollen bis 15.03.2021 vereinbart werden

Prüfpflicht

- ▶ Therapiepraxen müssen in Zukunft nicht mehr prüfen, ob das verordnete Heilmittel zur Leitsymptomatik passt.
- ▶ Es ist nur noch zu prüfen, ob das Heilmittel in der jeweiligen Diagnosegruppe verordnungsfähig ist.
- ▶ Weiterhin entfällt die Prüfung hinsichtlich Erst- und Folgeverordnung, weil es diese Unterteilung nicht mehr gibt.
- ▶ Prüfen müssen Therapeuten weiterhin die Behandlungsmenge sowie die Verordnungsart entsprechend der Maßgaben des Heilmittelkatalogs.
- ▶ Stellt der Heilmittelerbringer bei der Prüfung einen Fehler in den o.g. Bereichen fest, muss eine Korrektur auf der Verordnung durch den Zahnarzt mit neuerlicher Unterschrift und Datum stattfinden, da ansonsten die Verordnung **ungültig** und nicht durchführbar ist.

Langfristiger Heilmittelbedarf

- ▶ Ein langfristiger Heilmittelbedarf liegt vor, wenn sich aus der zahnärztlichen Begründung die Schwere und Langfristigkeit der strukturellen/funktionellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der nachvollziehbare Therapiebedarf der oder des Versicherten ergeben.
- ▶ Die Krankenkasse entscheidet auf **Antrag** der oder des Versicherten darüber, ob ein langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne von § 32 Absatz 1a SGB V vorliegt und die notwendigen Heilmittel langfristig genehmigt werden können.
- ▶ Für den Genehmigungsbescheid benötigt die Krankenkasse neben dem Antrag des Versicherten eine Kopie einer gültigen und gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 Heilm-RL ZÄ vollständig ausgefüllten Verordnung des Vertragszahnarztes. Die Originalverordnung bleibt bei dem Versicherten.

Langfristiger Heilmittelbedarf

- ▶ Der Vertragszahnarzt kann im Feld „Weitere Hinweise“ entweder
 - ▶ die Begründung (ggf. unter Zuhilfenahme eines Beiblattes) vermerken, dass ein Antrag des Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 7 HeilM-RL ZÄ angezeigt ist
 - ▶ oder, dass vom Versicherten bereits eine Genehmigung der Krankenkasse nach § 7 Abs. 2 HeilM-RL ZÄ vorgelegt wurde.
- ▶ Entscheidet die Krankenkasse nicht innerhalb von vier Wochen über den Antrag, gilt die Genehmigung als erteilt.
- ▶ Die Genehmigung kann unbefristet erfolgen. Eine eventuelle Befristung kann mehrere Jahre umfassen, darf aber ein Jahr nicht unterschreiten.

▶ Die Verordnung

Der neue Vordruck 9

Zustellung-tel	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Zahnärztliche Heilmittelverordnung	
Zustellung-pflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Unterschied			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		Vertrag Zahnarzt-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 <input type="checkbox"/>			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche
Vorrangige Heilmittel:		Therapiedauer	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x
<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		<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____
Ergänzende Heilmittel:			Verordnungsmenge <input type="text"/>
			<i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i>
			Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x
			Verordnungsmenge <input type="text"/>
Indikationschlüssel	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 <input type="text"/>		Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	

Verordnungsvorderseite

Ein neues Formular

- ▶ Ab 1.1.2021 wird für Heilmittel das neue Muster Z13 eingeführt mit einigen Änderungen zum bisherigen Muster
- ▶ Ab dem 1.1.2021 dürfen für die Verordnung von Heilmitteln nur noch diese neuen Muster verwendet werden

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	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 <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <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	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <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. _____
Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele _____ _____	
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____	
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____	
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.) _____ _____ _____ _____ _____		
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Therapiebericht & Hausbesuch

- ▶ Der Therapiebericht kann optional angekreuzt werden.
- ▶ Die Angabe zum Hausbesuch muss zwingend mit „ja“ oder „nein“ vom Zahnarzt angekreuzt sein.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger					
Zustellungspflicht:	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 (maximal 14 Tage)						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Hausbesuch</td> <td style="border: none;">Therapiebericht</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Ja </td> </tr> </table>			Hausbesuch	Therapiebericht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hausbesuch	Therapiebericht					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja					
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges						
Physiotherapie <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <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	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>				
Indikationsschlüssel <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele					
ICD-10 - Code <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>						
ICD-10 - Code <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>						
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)						
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes				

Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs

- ▶ Es kann durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes EIN vorrangiges Heilmittel verordnet werden.
- ▶ Wird bei KG-ZNS-Kinder oder KG-ZNS vom Zahnarzt keine Spezifizierung in „Bobath“, „Vojta“ oder „PNF“ angekreuzt, kann der Heilmittelerbringer selbständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger																	
Zustellungspflicht:	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 Hautbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Physiotherapie</td> <td>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</td> <td>Anzahl pro Woche</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 </td> <td> Ergänzende Heilmittel: <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung </td> <td> Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td> ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/> </td> </tr> </table>			Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche	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"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____				<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>				ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>
Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche															
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"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	Therapiedauer <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____															
			<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>															
			ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>															
Indikationsschlüssel	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.)																		
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input type="text"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes																

Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs

- ▶ Es kann maximal EIN ergänzendes Heilmittel nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs zusätzlich zum vorrangigen Heilmittel verordnet werden.
- ▶ Wird bei Wärmetherapie vom Zahnarzt keine Spezifizierung in „Heißluft“, „Heiße Rolle“, „Ultraschall“ oder „Packungen“ angekreuzt, kann der Heilmittelerbringer selbständig die entsprechende Maßnahme auswählen.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger																																					
Zustellungspflicht	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 Hautbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Physiotherapie</td> <td>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</td> <td>Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/> 1x 2x 3x</td> </tr> <tr> <td><u>Vorrangige Heilmittel:</u></td> <td><u>Ergänzende Heilmittel:</u></td> <td>Therapiedauer</td> <td>Verordnungsmenge <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung </td> <td> <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____ </td> <td> ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/>---<input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small; vertical-align: bottom;">Vertrags-Nr. Z13</td> <td style="text-align: center;">IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes</td> </tr> </table>			Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x	<u>Vorrangige Heilmittel:</u>	<u>Ergänzende Heilmittel:</u>	Therapiedauer	Verordnungsmenge <input type="text"/>	<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	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>	Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele			ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)								Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	
Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x																																			
<u>Vorrangige Heilmittel:</u>	<u>Ergänzende Heilmittel:</u>	Therapiedauer	Verordnungsmenge <input type="text"/>																																			
<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	<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	ggf. ergänzendes Heilmittel Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input type="text"/>																																			
Indikationsschlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele																																					
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																						
ICD-10 - Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																						
Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.)																																						
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input type="checkbox"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes																																				

Doppelbehandlung

- ▶ In medizinisch begründeten Fällen kann ein vorrangiges Heilmittel explizit auch als Doppelbehandlung verordnet und erbracht werden.
- ▶ Ausgeschlossen davon sind ergänzende Heilmittel
- ▶ Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die zugelassene Höchstmenge an Behandlungseinheiten pro Verordnung nicht.
(3x Doppelbehandlung = 6 Behandlungseinheiten)
- ▶ Ist die Durchführung einer Doppelbehandlung erwünscht, wird dies vom Zahnarzt im Feld „Weitere Hinweise“ mit einem Freitext deutlich gemacht (z.B. „als Doppelbehandlung“)

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	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 <u>Vorrangige Heilmittel:</u> <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	<u>Ergänzende Heilmittel:</u> <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. _____
Indikationsschlüssel	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.) _____ _____ _____		
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Beispielverordnung Doppelbehandlung

- ▶ Verordnung von 3 Doppelbehandlungen mit Manuelle Therapie (6 Behandlungseinheiten)
- ▶ Verordnung von Wärmetherapie als ergänzendes Heilmittel zu den Doppelbehandlungen

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zusatzleistungen	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zusatzleistungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Umfeld / Unfallfolgen			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hautbesuch Ja Nein Therapiebericht Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 30</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Wärme</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heißluft</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heiße Rolle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 45 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 60 min. _____</p>	<p>Anzahl pro Woche</p> <p>X--□--X</p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">6</p> <p><small>ggf. ergänzendes Heilmittel</small></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p>X--□--X</p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">3</p>
--	--	---	---

Indikationsschlüssel	Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentliche Befunde, ggf. Spezifizierung der Therapieziele
ICD-10 - Code	_____
ICD-10 - Code	_____
ICD-10 - Code	_____

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

MT als Doppelbehandlung

Vertrags-Nr. Z13

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Therapiefrequenz

- Eine Änderung kann durch die Therapiepraxis, im Einvernehmen mit dem Arzt, ohne erneute ärztliche Unterschrift erfolgen und muss auf der Rückseite dokumentiert werden.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellungspflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Unfall-/Unfallfolgen	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	Vertragszahnarzt-Nr.		Datum
Verordnung nach Maßgabe des Kataloges			
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen Hautbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/>			
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges			
Physiotherapie		Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	
<u>Vorrangige Heilmittel:</u>		<u>Ergänzende Heilmittel:</u>	
<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		<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrophototherapie <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen Ggf. Spezifizierung _____ _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	
		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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Indikationsschlüssel	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.)			
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes	

Verordnungsmenge

- Die Angabe der Anzahl der Behandlungseinheiten darf die im Heilmittelkatalog angegebene Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten.
- Im Fall einer langfristigen Heilmittelverordnung können die Heilmittel je Verordnung für eine Behandlungsdauer von bis zu 12 Wochen verordnet werden. (z.B. Verordnungsmenge 24 bei Anzahl pro Woche 2x)

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	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 Hautbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/>		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		
Physiotherapie		
<u>Vorrangige Heilmittel:</u>		
<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		
<u>Ergänzende Heilmittel:</u>		
<input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Elektrostimulation <input type="checkbox"/> Elektrotherapie 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 style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x Verordnungsmenge <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
Indikationsschlüssel	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.)		
Vertrags-Nr. Z13	IK des Leistungserbringers <input style="width: 50px;" type="text"/>	Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Indikationsschlüssel

- ▶ Der vollständige Indikationsschlüssel, bestehend aus Indikationsgruppe und Leitsymptomatik, muss nach Vorgabe des Heilmittelkataloges angegeben sein.
- ▶ Die Indikationsgruppen wurden beibehalten
 - ▶ CD1
 - ▶ CD2
 - ▶ ZNSZ
 - ▶ CSZ
 - ▶ LYZ1
 - ▶ LYZ2

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Unfall-/Unfallfolgen:		
BVG:	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Vertragszahnarzt-Nr. Datum	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Therapiebericht

Ja Nein Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 30</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Elektrostimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Elektrotherapie</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heißluft</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heiße Rolle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>
---	--

<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 45 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 60 min. _____</p>	<p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---</p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---</p> <p>1x 2x 3x</p> <p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 30px;" type="text"/></p>
---	--	--

Indikationsschlüssel [][][][] 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.)

Vertrags-Nr. Z13

IK des Leistungserbringers [][][][][][][][][]

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Behandlungsrelevante Diagnosen

- ▶ Die therapierrelevante(n) Diagnose(n) müssen als Freitext angegeben werden
- ▶ ergänzende Hinweise (z.B. Befunde, Vor- und Begleiterkrankungen) sowie gegebenenfalls die Therapieziele, falls sich diese nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben, sind anzugeben
- ▶ Die Diagnose ist grundsätzlich nicht in Form eines ICD-10-Schlüssels anzugeben.

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Unfall:	Unfallfolgen	
BVG:	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Vertragszahnarzt-Nr. Datum	

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch Therapiebericht

Ja Nein Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

<p>Physiotherapie</p> <p><u>Vorrangige Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> KG</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p><input type="checkbox"/> KG-ZNS</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bobath</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vojta</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PNF</p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 30</p> <p><input type="checkbox"/> MLD 45</p>	<p><u>Ergänzende Heilmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Kälte</p> <p><input type="checkbox"/> Wärme</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heißluft</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Heiße Rolle</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Packungen</p> <p>Ggf. Spezifizierung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Übungsbehandlung</p>	<p>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</p> <p>Therapiedauer</p> <p><input type="checkbox"/> 30 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 45 min. _____</p> <p><input type="checkbox"/> 60 min. _____</p>
---	---	---

<p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---</p> <p>1x 2x 3x</p>	<p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p><i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i></p> <p>Anzahl pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> ---</p> <p>1x 2x 3x</p>
<p>Verordnungsmenge</p> <p><input style="width: 40px;" type="text"/></p>		

Indikationsschlüssel	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.)

Vertrags-Nr. Z13

IK des Leistungserbringers

Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarztes

Weitere Hinweise

- Hier werden vom Zahnarzt bei entsprechender Verordnung weitere Vermerke angegeben, z.B.
 - Blankoverordnung
 - Langfristiger Heilmittelbedarf
 - Doppelbehandlung

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Zustellung:	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zustellungspflicht:	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 Hautbesuch <input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Ja Nein Ja		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		
Physiotherapie	Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie	Anzahl pro Woche □---□---□ 1x 2x 3x
Vorrangige Heilmittel:	Ergänzende Heilmittel:	Therapiedauer
<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	<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	<input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____
		Verordnungsmenge □
		<i>ggf. ergänzendes Heilmittel</i> Anzahl pro Woche □---□---□ 1x 2x 3x
		Verordnungsmenge □
Indikationsschlüssel □□□□	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

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

Abweichung
von der Frequenz

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Verordnungsrückseite

- ▶ Die Rückseite der Verordnung enthält ausschließlich vom Heilmittelerbringer auszufüllende Felder.

Leistungserbringer

- ▶ Hier ist das Kürzel des Leistungserbringers vorgesehen (Stand 06.08.2020).
- ▶ Ob damit der Therapeut, die fachliche Leitung oder der Praxisinhaber gemeint ist, ist noch nicht bekannt.
- ▶ Eine Verpflichtung zur Eintragung ist derzeit noch nicht abschließend geregelt.

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

 Abweichung von der Frequenz

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Wann brauche ich eine Arztunterschrift auf der Verordnung?

- ▶ Bisher gab es Unsicherheiten, welche Änderungen & Korrekturen der Verordnung zwingend vom verordnenden Zahnarzt mit Unterschrift und Änderungsdatum durchgeführt werden **müssen** und wann Korrekturen auf der Heilmittelverordnung mit Einverständnis oder einfacher Information des verordnenden Zahnarztes vom therapeutischen Leistungserbringer durchgeführt werden **dürfen**.
- ▶ Zukünftig SOLL es eine klare Regelung geben, die allerdings noch nicht vom G-BA beschlossen wurde.
- ▶ Die folgenden Aussagen orientieren sich daher an der Heilmittelrichtlinie für Ärzte, für die in der Anlage 3 diese Änderungsoptionen eindeutig geregelt wurden, und sind daher ohne Gewähr.

Problem / Änderung



- Fehler im Personalienfeld (Rezeptkopf)
- Behandlungsrelevante Diagnosen
- Indikationsschlüssel fehlt oder fehlerhaft
- Leitsymptomatik nach HeilM-RL fehlt oder fehlerhaft
- Heilmittel fehlt oder nicht verordnungsfähig
- Ergänzende Angaben zum Heilmittel
- Anzahl Behandlungseinheiten fehlt
- Anzahl Behandlungseinheiten überschritten
- Angabe „Therapiebericht“ ändern
- Hausbesuch ändern auf „ja“
- Therapiefrequenz ändern
- Angabe „dringlicher Behandlungsbedarf“ ändern

Änderung durch Arzt
MIT Unterschrift
und Datum



X
X
X
X
X
X
X
X

Änderung mit
Einverständnis des
Arztes OHNE
Unterschrift



X
X
X
X

Änderung nach
Information des
Arztes OHNE
Unterschrift



X

Ihre Kooperationspartner sind für Sie da

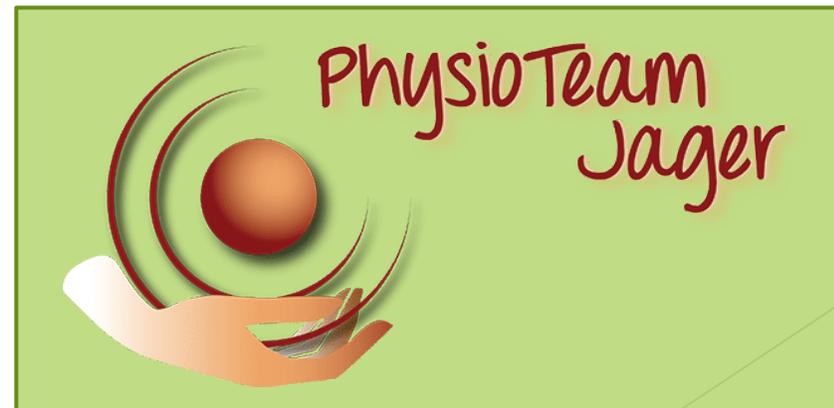
- ▶ Haben Sie noch Fragen zur neuen Heilmittelrichtlinie?
- ▶ Sind Sie unsicher bei der korrekten Verordnung von Heilmitteln?
- ▶ Haben Sie Fragen zu unseren Therapiekonzepten bei Cranio-Mandibulärer Dysfunktion und Erkrankungen im stomatognathen System?

Dann stehen wir Ihnen gerne mit Antworten und Informationen zur Verfügung.

physiQus
...damit Therapie weiter geht

Weiterbildung mit Köpfchen
für Therapie und Medizin

info@physiquus.de



Quellenangaben:

- ▶ Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL)
abgerufen am 20.10.2020 unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4307/>
- ▶ Vordruck 9 und Ausfüllhinweise
abgerufen am 20.10.2020 unter <https://www.kzbv.de/zahnaerztliche-heilmittel-richtlinie.1147.de.html>