

Krankenkasse bzw. Kostenträger bitte schwärzen		
Name, Vorname des Versicherten bitte schwärzen		
		geb. am bitte schwärzen
Kostenträgerkennung bitte schwärzen	Versicherten-Nr. bitte schwärzen außer letzte 3 Ziffern 111	Status
Betriebsstätten-Nr. bitte schwärzen	Arzt-Nr. bitte schwärzen	Datum 12.02.24

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code
R13.1

Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit geblockter Trachealkanüle (R13.1+G)

Diagnosegruppe SC

Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog

a b c

patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Schädigung des Schluckaktes in der oralen Phase

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

Behandlungseinheiten

Schlucktherapie-45

10

Ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein

Therapiefrequenz _____

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise



bitte schwärzen

IK des Leistungserbringers

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Annahme des Versicherten

bitte schwärzen

Kostenträgerkennung

bitte schwärzen

Versicherten-Nr.

bitte schwärzen
außer letzte 3 Ziffern

111

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	01.01.2024	Schlucktherapie 45min	
2	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
3	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
4	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
5	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
6	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
7	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
8	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
9	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
10	01.01.2024	Schlucktherapie 45 min	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

bitte schwärzen

bitte schwärzen

IK des Leistungserbringers

bitte schwärzen

Belegnummer

bitte schwärzen

Behandlungsabbruch

bitte schwärzen

Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in

Gruppen-
therapie Einzel-
therapie

Begründung

bitte schwärzen

bitte schwärzen

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers