

**Anforderung  
 Bericht  
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**

Hinweis für Ärztinnen oder Ärzte:

Dieser Anforderung muss der Verordnungsbericht i. S. § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL oder § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ vorausgegangen sein.

Mit diesem Formular fordern Sie einen ausführlichen Bericht von der behandelnden Therapeutin oder dem behandelnden Therapeuten an. Dieser Bericht beinhaltet die therapeutische Diagnostik, Statusfeststellung, Behandlung (Ziel, Inhalt, Verlauf, aktueller Stand, Compliance, Prognose, Empfehlung).

*Mit dieser Anforderung lösen Sie Kosten aus. Die Krankenkasse zahlt das Honorar direkt an die Therapeutin oder den Therapeuten.*

<p><b>Personalien der oder des Versicherten</b></p> <p>-----                  Name</p> <p>-----                  Vorname</p> <p>-----                  geb. am</p>	<p><b>Name, Anschrift der Heilmittelpraxis</b></p>
<p><b>Begründung für die Anforderung dieses Berichtes</b></p> <p>-----                  -----                  -----                  -----</p>	<p><b>Datum TT.MM.20JJ</b></p> <p>-----</p> <p><b>Unterschrift und Stempel</b>                  Ärztin oder Arzt, Medizinischer Dienst,                  andere vergleichbare Institutionen</p>
<p><b>Rechnung an die Gesetzliche Krankenkasse</b></p> <p><b>IK des Leistungserbringers</b>                  12345678912345678912345678900000</p> <p><b>Heilmittel-Pos.-Nr.</b>                  12345678901234</p> <p><b>Faktor</b>                      <b>Gesamt-Brutto EURO</b>                  1                                      EURO 123,45</p>	<p><b>Datum TT.MM.20JJ</b></p> <p>-----</p> <p><b>Unterschrift und Praxisstempel</b>                  zugelassene Leistungserbringerin /                  zugelassener Leistungserbringer</p>