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.

Personalien der oder des Versicherten	**Name, Anschrift der Heilmittelpraxis**
Begründung für die Anforderung dieses Berichtes	**Datum** _____ **Unterschrift und Stempel** Ärztin oder Arzt, Medizinischer Dienst, andere vergleichbare Institutionen
Rechnung an die Gesetzliche Krankenkasse IK des Leistungserbringers Heilmittel-Pos.-Nr. Faktor Gesamt-Brutto	**Datum** _____ _____ **Unterschrift und Praxisstempel** **zugelassene/-r Leistungserbinger/-in**