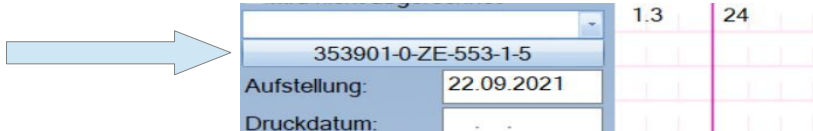


Zahnarztpraxis Dr. Lindemann	Arbeitsanweisung zum Drucken von Praxisformularen AU, Rp, KV, HKP KBR, Laborauftrag, H MV	Datum:
Geltungsbereich	Zahnarztpraxis Dr. H.B. Lindemann	
Zuständigkeit	MA Anmeldung / Rezi	
Erarbeitet von:	Julia Wickberg	18.08.14
Freigegeben von:	Dr. H.B. Lindemann	
Überprüft/geändert	Delia Kriete	22.09.21
Ziel:	Korrektes ausfüllen und drucken der Formulare	
Mitgeltende Dokumente :	AU, H MV, Rp.	

Arbeitsschritt:	Durchführung:
KV (HKP, MKV, Reparaturen) erstellen und drucken	● Pat auswählen, Reiter HKP ● NEU, (jetzt Auswahl ob Reparatur / ZE ● R planen, rechnen ● TP eintragen (Keramikkrone als J kennzeichnen im TP) ● weiter bestätigen ggf. Leistungen hinzufügen ● Bonus des Pat eingeben. ● speichern ● drucken
Laborauftrag Eigenlabor erstellen	● Pat auswählen ● im HKP auf die XML Nummer links klicken 
Rezept drucken	● Reiter Formulare ● ZA Formulare / AU ● Pat auswählen ● Angabe Erst-/ Folgebescheinigung ankreuzen ● Datum von wann bis wann arbeitsunfähig ● Diagnose eintragen ● drucken
H MV	● Reiter Formulare ● ZA Formulare / H MV ● Pat auswählen ● Logopädie SPZ / 10*45Min / Diagnose :XXX 1x die Woche ● Physio CD1a / 6*30Min/ MT 1x die Woche ● Therapiebericht ankreuzen ● Zuzahlungsbefreit? ● Seite 1 und Seite 2 ausdrucken

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Techniker Krankenkasse > SH

Zust.-
 (Vorg.-
 Pflicht)
 Name, Vorname des Versicherten
Beispiel
 Dipl.-Ing. Peter
 Vogelsang 1
 99990 Musterstadt

geb. am
 03.09.50

Unfall-
 Unfall-
 Folgen

BVG
 Kostenträgernummer
 101377508
 Versicherten-Nr.
 21356435
 Status
 1p000000
 Vertragszahnarzt-Nr.
 037000835
 Datum
 999999991
 22.09.21

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges
 (Regelfall)

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf
 innerhalb von 14 Tagen

Hausbesuch ☐ Ja ☐ Nein ☒ Ja

Therapiebericht ☐ Ja ☒ Ja

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Physiotherapie
 Vorrangige Heilmittel:
☐ KG
☐ KG-ZNS-Kinder
☐ Bobath
☐ Vojta
☐ KG-ZNS
☐ Bobath
☐ Vojta
☐ PNF
☒ MT
☐ MLD 30
☐ MLD 45

Ergänzende Heilmittel:
☐ Kälte
☐ Wärme
☐ Heißluft
☐ Heiße Rolle
☐ Ultraschall
☐ Packungen
☐ Elektrostimulation
☐ Elektrotherapie
 Ggf. Spezifizierung
☐ Übungsbehandlung

**Sprech- und Sprachtherapie
 oder Schlucktherapie**
 Therapiedauer
☐ 30 min. ____
☐ 45 min. ____
☐ 60 min. ____

Anzahl pro Woche
☒ 1x ☐ 2x ☐ 3x
Verordnungsmenge
 6

ggf. ergänzendes Heilmittel
Anzahl pro Woche
☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x
Verordnungsmenge

Indikationsnachweis
☒ C ☒ D ☒ 1 ☒ a
Craniomandibuläre Dysfunktion

ICD-10 - Code

 ICD-10 - Code

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

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:

 Bearb. - Unterschrift des Leistungserbringers

Dr. Hans-Bernd Lindemann
 Zahnarzt
 Pyrmonter Straße 5
 32839 Steinheim
 83 - 5

Zahnärztestempel / Unterschrift des Zahnarztes

Seite 2 nur zur Abrechnung Physio
 muss mit ausgedruckt werden.