

-----

-----

-----

-----

FAX-Nr. / E-Mail

Datum TT.MM.20JJ

**Bericht**

auf Anforderung von	
---------------------	--

**Versichertendaten**

Name	
Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ
Krankenkasse	

**Behandlung**

**Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**

Die oder der Versicherte ist bei mir in Behandlung	ja nein
Bisher verordnete Behandlungsmenge	
Art der Therapie	Einzeltherapie, Minuten Gruppentherapie Gruppengröße ---- Personen Minuten ----- Doppelbehandlung
Bisher abgegebene Behandlungsmenge	Anzahl XXXX
Behandlungszeitraum	von TT.MM.20JJ bis TT.MM.20JJ

**Diagnostik**

Therapeutische Diagnose	
Ärztliche Diagnose	
Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel	

Therapeutische Diagnostik

### Statusfeststellung

--

### Behandlung

Ziel/e		
Inhalt		
Verlauf		
Aktueller Stand		
Compliance		
Prognose		
Empfehlung z. B. Beginn einer Therapie Fortführung der Therapie Therapiepause Beendigung der Therapie Wiedervorstellung andere Therapie	Begründung	
<table border="1"><tr><td>Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel</td></tr></table>		Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel
Unterschrift Therapeutin oder Therapeut und Praxisstempel		