

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Liebes Praxisteam,

momentan häufen sich (bei uns in der Physiotherapie) die unbezahlten Absetzungen der zahnärztlichen Verordnungen.

Vielleicht hat die KZV Ihre Praxis auch schon angeschrieben.

Zukünftig möchte ich Ihnen und uns viel Zeit, Arbeit und vielleicht auch Ärger ersparen. Aus diesem aktuellen Anlass habe ich die Richtlinien der zahnärztlichen Heilmittelverordnung noch einmal zusammengefasst.

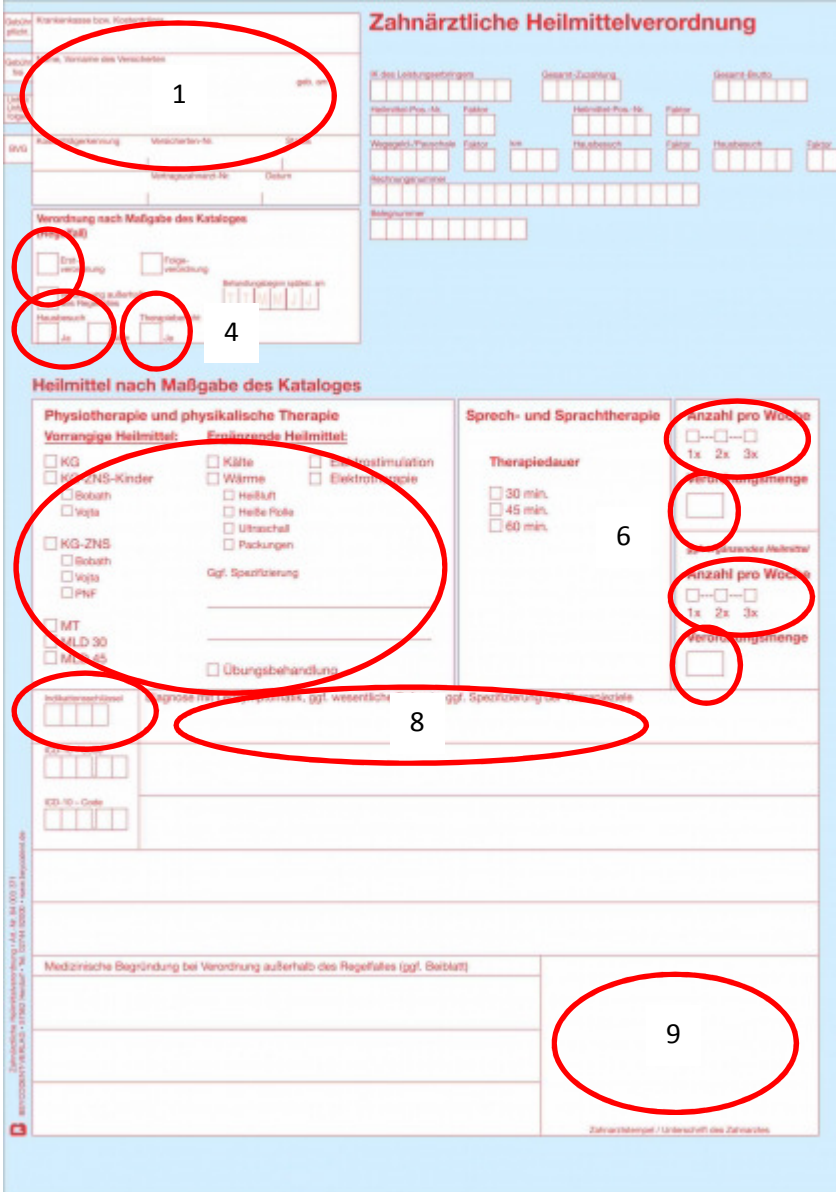
Sollten Sie Fragen haben, stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Ich bedanke mich für die Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Zahnärztliche Heilmittelverordnung

Diese (Basis-) Angaben müssen gemacht werden:



The form is titled 'Zahnärztliche Heilmittelverordnung'. It contains several sections:

- Section 1:** Patient data (Name, Geburtsdatum, etc.)
- Section 2:** Treatment type (Verordnung nach Maßgabe des Kataloges)
- Section 3:** Home visit (Hausbesuch ja/nein)
- Section 4:** Request for therapy report (Wünschen Sie einen Therapiebericht?)
- Section 5:** Specific treatment options (Physiotherapie und physikalische Therapie, Sprech- und Sprachtherapie)
- Section 6:** Therapy duration (Therapiedauer) and frequency/amount (Anzahl pro Woche)
- Section 7:** Indication key (Indikationsschlüssel)
- Section 8:** Medical justification (Medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalles)
- Section 9:** Stamp and signature area (Zahnärztstempel / Unterschrift des Zahnarztes)

Quelle: Vereinbarung HM-Vordruck ZÄ

1: Pat-Daten mit
Ausstellungsdatum

2: Erstverordnung oder
Folgeverordnung bzw.
außerhalb des Regelfalls

3: Hausbesuch ja/nein

4: Wünschen Sie einen
Therapiebericht?
(zutreffendes bitte ankreuzen)

5: Welche Heilmittel sollen
durchgeführt werden?
(zutreffendes bitte ankreuzen)

KG oder MT

Wünsche Sie ein ergänzendes
Heilmittel? Bei Wärme bitte
spezifizieren (Welche Art der
Wärmeanwendung soll gemacht
werden?)

6: Bitte die Anzahl/Woche **und**
Menge jeweils für das Heilmittel
und ggf das ergänzende
Heilmittel angeben.

7: Indikationsschlüssel: Bitte alle
4 Felder ausfüllen, den
Buchstaben nicht vergessen

8: Diagnose: Craniomandibuläre
Dysfunktion (CMD)

9: Stempel und Unterschrift

Hinweis:

Erstverordnung/Folgeverordnung: Wird erstmalig ein Rezept ausgestellt, handelt es sich um eine Erstverordnung. Bekommt der Patient im Anschluss erneut ein Rezept, ist dies eine Folgeverordnung. Je nach Indikationsschlüssen (CD1_ oder CD2_) dürfen insgesamt 3 Rezept a 6 oder 10 Behandlungen ausgestellt werden. Innerhalb der 3 aufeinanderfolgenden Rezepte handelt es sich dann dabei um eine Erstverordnung und zwei darauffolgende Folgeverordnungen. Nach der zweiten Folgeverordnung (3. Rezept) muss der Patient 12 Wochen pausieren, bis wieder erneut ein Rezept ausgestellt werden darf. Die 12 Wochen zählen ab dem letzten Behandlungstermin (nicht Ausstellungsdatum Rezept). Je nach Schwere der Erkrankung kann eine Verordnung „außerhalb des Regelfalls“ ausgestellt werden. Dann dürfen weitere Rezepte (mehr als 3) vergeben werden, ohne 12 Wochen Therapiepause.

Liegen zwischen den Rezepten mindestens 12 Wochen, ist das folgende Rezept (nach den 12 Wochen) erneut eine Erstverordnung.

Diagnose: Bitte verwenden Sie als Diagnose „Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)“. Der Begriff muss in dem Feld zu finden sein.

Indikationsschlüssel: Der Indikationsschlüssel CD1_ oder CD2- richtet sich nach der Diagnose. Bitte beachten Sie, dass der Diagnoseschlüssel CD2_ nur bei schwerwiegenden Erkrankungen (Tumore o.ä.) ausgestellt werden darf.

Sollten doch einmal Änderungen auf dem Rezept vorgenommen werden müssen, ist es momentan noch möglich, diese handschriftlich vorzunehmen. Jede Änderung muss jedoch mit dem Praxisstempel und einer Unterschrift verifiziert werden.