

Heilmittel Logopädie

Ines Cieslak



LOGODOG

CRANIOSACRALE THERAPIE



Was ist Logopädie?

Logopädie (von altgriechisch *λόγος* *lógos*, deutsch ‚Wort‘ und *παιδεύειν* *paideuein*, deutsch ‚erziehen‘; wörtlich also ‚Sprecherziehung‘) ist die medizinische Fachdisziplin, die Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Hörbeeinträchtigung zum Gegenstand hat.

Wer sind wir?



Eva Eberhard



Ines Cieslak



Lisa Göring



Josephine Gäbler



Vivien Stark

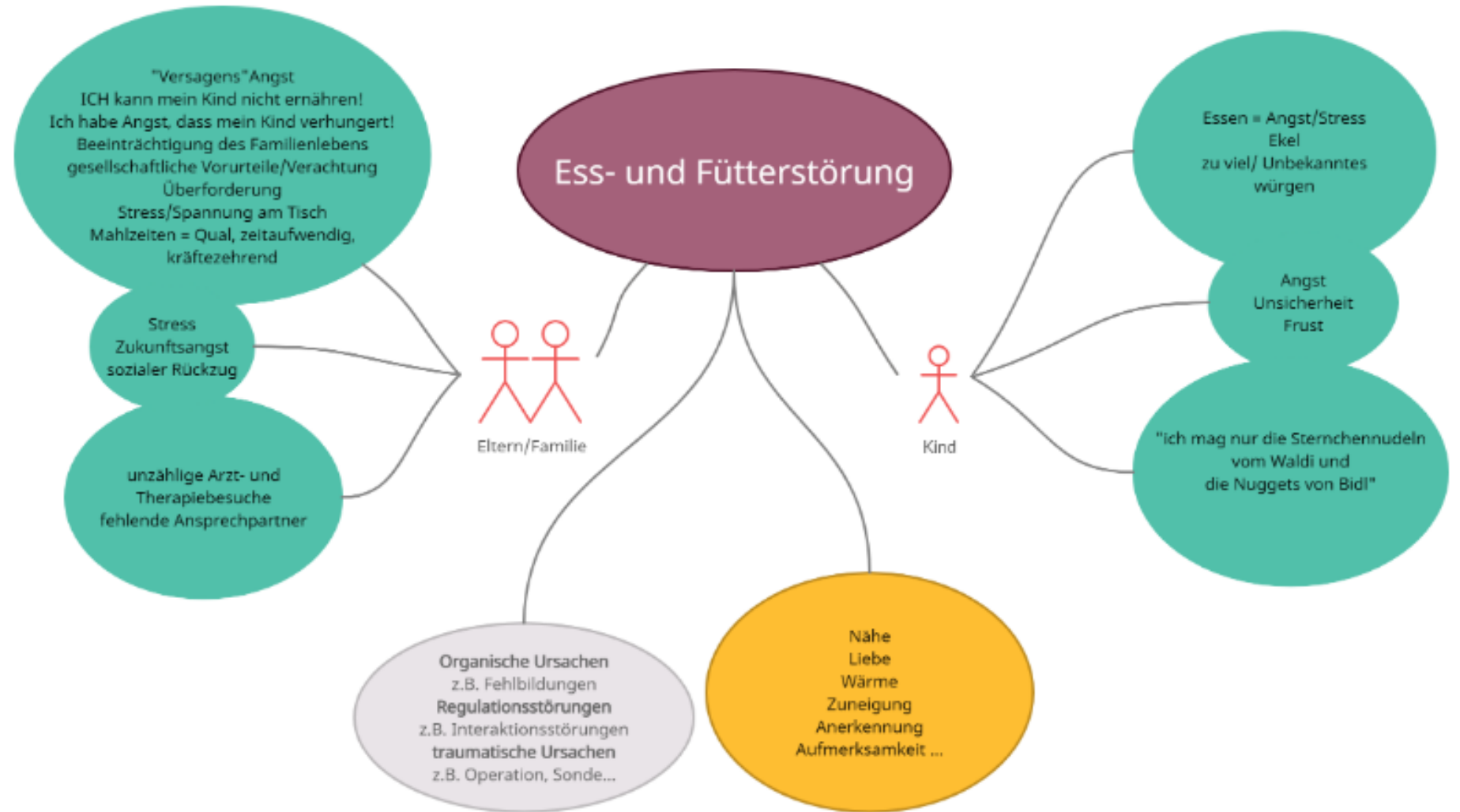
Tiergestützte Therapie



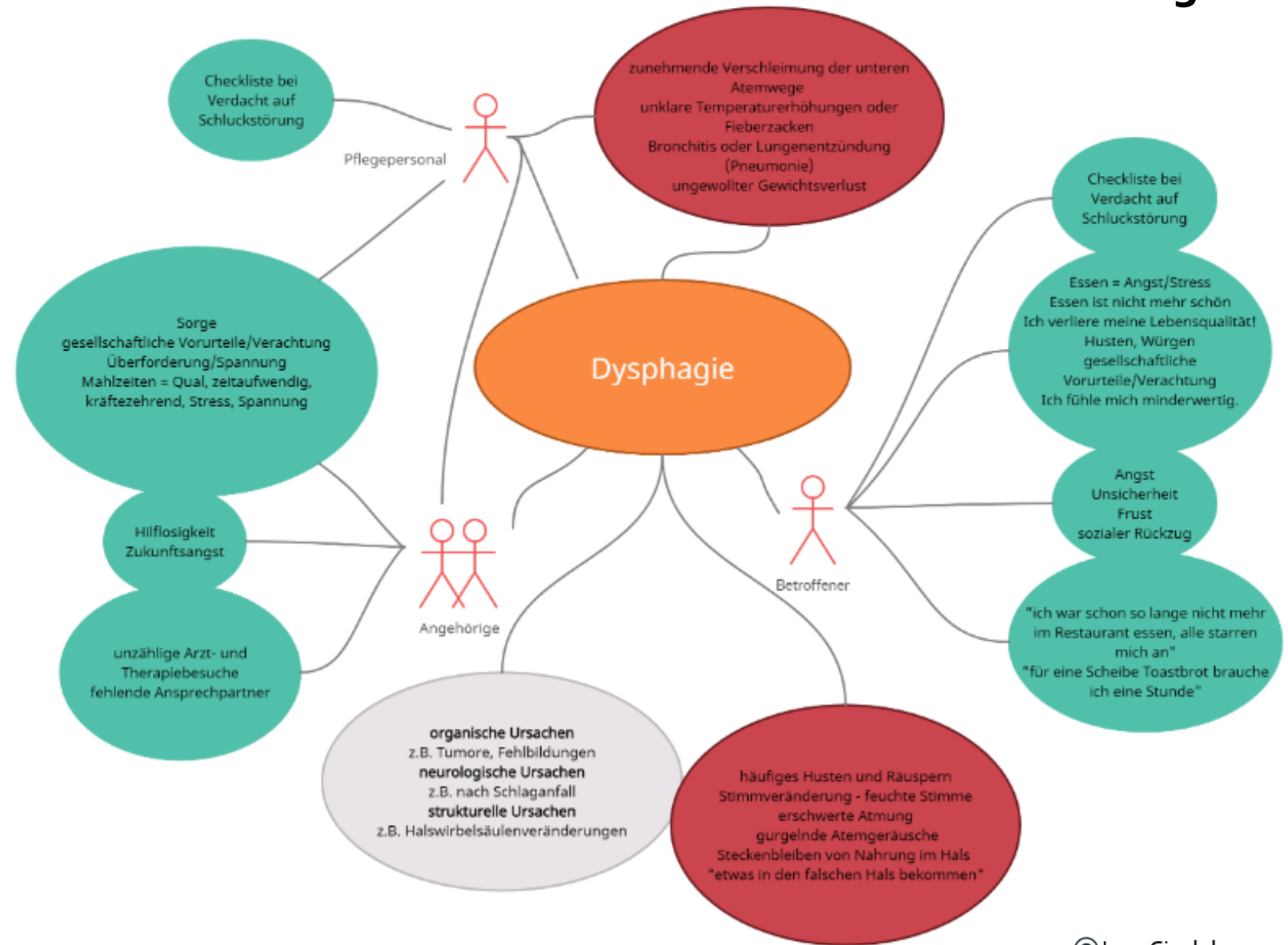
Unser
Schwerpunkt

Behandlung von Störungsbildern

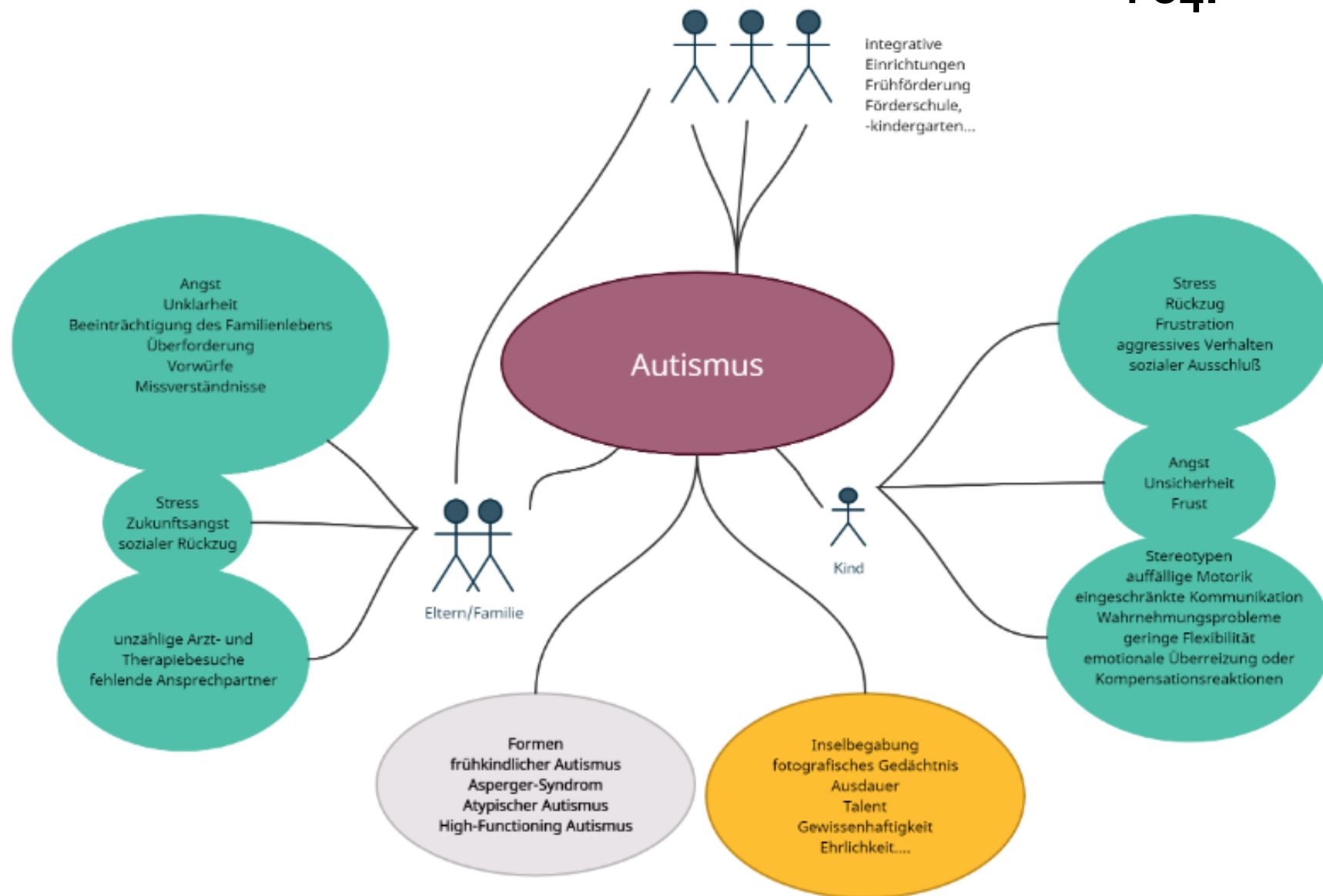
Unser Schwerpunkt



Unser Schwerpunkt



Unser Schwerpunkt



Heilmittelverordnung

Heilmittelverordnung 13

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Unfallfolgen		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	Behandlungseinheiten
Heilmittel	
Ergänzendes Heilmittel	

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Nr. 30130 • www.graefformulare.de • OhrPrint Consulting GmbH • Fraisenbergstr. 21 • 58513 Lüdenscheid

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 Arzt

Abweichung von der Frequenz

Änderung in Gruppen- Einzel-
therapie therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Vorderseite

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Plus		
<input checked="" type="checkbox"/> Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten Max Mustermann geb. am		
Unfallfolgen	Mustermann Straße 64 99100 Musterstadt		24.11.1975
BVG	Kostenträgerkennung 105998018	Versicherten-Nr. B 123456789	Status 1
	Betriebsstätten-Nr. 935 XXXXXX	Arzt-Nr. XXXXXXXXXX	Datum TT.MM.JJJJ

Heilmittelverordnung 13

- Physiotherapie
- Podologische Therapie
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Ergotherapie
- Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)

ICD-10 - Code

1

2

3

Diagnose-
gruppe

4

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

5

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (*patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben*)

6

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel

7

9

Behandlungseinheiten

8

10

Ergänzendes Heilmittel

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	
1	

Diagnose- gruppe
4

ICD 10 Code je nach Erkrankung des Patienten

SP5 – Störung der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung

- zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor
- Schädel-Hirn-Trauma
- Z. n. Hirnoperationen
- infektiöse ZNS
- Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankungen

SP6 – Störung der Sprechmotorik

- zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor
- Schädel-Hirn-Trauma
- entzündliche ZNS-Erkrankungen (Bsp. MS)
- Neuromuskuläre ZNS-Erkrankungen (Bsp. ALS, Ataxien, Mb. Park.)
- Neuromuskuläre Erkrankungen (Bsp. Myasthenie gravis)
- Infantiler Zerebralparese

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	
1	

Diagnose- gruppe
4

ICD 10 Code je nach Erkrankung des Patienten

RE₁ – Störung des Redeflusses

- Erkrankung des ZNS
- Psychische Erkrankungen
- Somatischem oder psychischem Trauma
- ideopathischem Stottern

RE₂ – Störung des Redeflusses

- Erkrankung des ZNS
- Konstitutionellen Ursachen

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	
1	

Diagnose- gruppe
4

ICD 10 Code je nach Erkrankung des Patienten

SC – Störung des Schluckaktes

- zerebrale Ischämie, Blutung, Tumor
- Schädel-Hirn-Trauma
- Z.n. Hirnoperationen / Bestrahlung
- Prä-,peri-,postnatalen Erkrankungen
- infektiöse ZNS Erkrankungen (Meningitis, Enzephalitis)
- Neurodegenerative und entzündliche ZNS-Erkrankungen
(Bsp. ALS, Ataxien, Mb. Parkinson, MS)
- Neuromuskuläre Erkrankungen (Bsp. Myasthenie gravis, Dystonie)
- Demenz
- Kopf-Hals-Tumoren

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

1	

Diagnose-
gruppe

4

ICD 10 Code je nach Erkrankung des Patienten

SF – Störung der Stimm- und Sprechfunktion

- Rhinophonia (aperta, clausa, mixta)
- velopharyngealer Insuffizienz
- Peripherer oder zentraler Gaumensegelparesen
- Gaumensegeldefekten (z.B. nach Tumoren, nach OP)
- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	
2	

Diagnose- gruppe
4

ICD 10 Code für die Nebendiagnose je nach Erkrankung des Patienten

Beispiele für extrabudgetäre Verordnungen

- SC – über dem 70.Lj., Mb. Parkinson
- SP5 – Schlaganfall im 1.Jahr
- SP6 – Mb. Parkinson, Myopathien, Myasthenia gravis
- RE1 – Down Syndrom, Hirntumoren
- RE2 – Folgen einer Virusenzephalitis, Chromosomenanomalien
- SF – Gaumenspalte, Gaumenspalte mit Lippenspalte

Behandlungsrelevante Diagnosen

Behandlungsrelevante Diagnose(n)	
ICD-10 - Code	
	3

- Diagnosen in Textform

Leitsymptomatik

Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog

a

b

c

5

patientenindividuelle
Leitsymptomatik

- a – b – c oder
- patientenindividuelle Leitsymptomatik in Abhängigkeit von der Diagnose

→ muss min. ein Kreuz enthalten

Leitsymptomatik

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

6

- Leitsymptomatik kann patientenspezifisch angegeben werden, falls die vorgegebenen nicht passen

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel			
	7	8	
	9		10

- Sprech- und Stimmtherapie - 30/45/60 min
- Sprech- und Sprachtherapie Gruppe -45/90 min
- Stimmtherapie - 30/45/60 min
- Stimmtherapie - Gruppe 45/90 min

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel			
	7	8	
	9		10

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie - 30/45/60 min
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie - Gruppe 45/90 min
- Schlucktherapie 30/45/60 min

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
Heilmittel			
	7	8	
	9		10

- Sprech- und Sprachtherapie - 30/45/60 min
- Sprech- und Sprachtherapie - Gruppe 45/90 min
- Sprachtherapie - 30/45/60 min
- Sprachtherapie - Gruppe 45/90 min

1

Therapiebericht

2

Hausbesuch

ja

nein

3

Therapie-
frequenz

1-3x

4

Dringlicher Behandlungsbedarf
innerhalb von 14 Tagen

5

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

6

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verordnungs-Bericht	
Personalien der oder des Versicherten Name Vorname geb. am	Verordnungsdatum Diagnosegruppe Therapeutische Diagnose
Empfehlungen der Therapeutin oder des Therapeuten <input type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung <input type="checkbox"/> andere Therapie	
<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/Woche <input type="checkbox"/> Hausbesuch	
Zusammenfassung Therapieverlauf, ggf. Begründung zur Empfehlung	Datum Praxisstempel oder Adressdaten, wenn nicht im Briefkopf Unterschrift Therapeutin / Therapeut, wenn nicht digital versendet

Anhang A zu Anlage 1 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V: Verordnungs-Bericht
 Bericht gemäß § 13 Absatz 2 lit. d, § 16 Absatz 7 HeilM-RL / § 11 Absatz 2 lit. c, § 15 Absatz 5 HeilM-RL ZÄ

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 Vorname geb. am	Name, Anschrift der Heilmittelpraxis Name Vorname geb. am
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 1 Gesamt-Brutto EURO	Datum Unterschrift und Praxisstempel zugelassene Leistungserbringerin / zugelassener Leistungserbringer

Therapiebericht Hausbesuch

1 Therapiebericht 2 Hausbesuch ja nein Therapie-
frequenz 1-3x 3

- Hausbesuch
 - Ja – wenn Pat nur in häuslicher Umgebung, Pflegeheim, Kinderheim versorgt werden kann

Frequenz

1 Therapiebericht 2 Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz 1-3x 3

- Therapiefrequenz
 - 1-3 x wöchentlich
 - bei besonderem Verordnungsbedarf (sollte in 12 Wochen abgearbeitet werden können)
 - 1x wö = 12 TE
 - 1-2x wö = 24 TE
 - 1-3x wö = 36 TE

Handlungsbedarf, Therapieziele, Stempel

Nr. 30130 • www.praxisformulare.de • Ohm Print Consul

bH • Fre

4 **Dringlicher Behandlungsbedarf**
innerhalb von 14 Tagen

5 **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

6

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

Rückseite

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

 T T M M J J


Nach Rücksprache mit dem Arzt

Abweichung
von der Frequenz

Änderung in
 Gruppen-
therapie Einzel-
therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

- 
- Nachweis über die Therapieeinheiten
 - Unterschrift des Patienten
 - Unterschrift des Therapeuten
 - Stempel der logopädischen Praxis
 - Abrechnungsrelevante Daten
- 