

Sehr geehrte Eltern und Bezugspersonen,
sehr geehrte Therapeuten,

um die Therapien zielorientiert, transparent und gegenüber den Krankenkassen nachvollziehbar darzustellen sowie die Abläufe effizienter im Sinne unserer Patienten zu gestalten, bitten wir dieses Formular für die Anforderung von Folgeverordnungen zu verwenden.

Ab 01.01.2017 ist eine Rezeptvergabe durch das SPZ nur möglich, wenn ein aktueller Überweisungsschein des Kinderarztes und die Versicherungskarte vorliegen.

Bitte legen Sie der Rezeptanforderung für Heilmittel einen frankierten Umschlag bei.

Ihr SPZ Team

Name Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Anschrift Praxis:

Erstverordnung vom:

wieviele Folgeverordnung:

Therapieziele (Teilhabeorientiert):

Korrektur Ziele zur Erstverordnung:

Therapieinhalte:

Therapiefortschritte:

Beteiligung der Bezugspersonen (Anzahl, Inhalt, Alltagstransfer):

Hinweise zur Alltagsbewältigung:

Fortsetzung der Therapie notwendig:

Nein

Ja voraussichtliche Anzahl:

Probleme/Mitteilungen an SPZ:

Unterschrift Therapeut: _____

Eltern/Bezugsperson wünscht Fortsetzung der Therapie

Ja

Nein:

Unterschrift: _____