

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 01.01.2018 ist eine Rezeptvergabe durch das SPZ nur möglich, wenn zeitgleich ein aktueller **Überweisungsschein** des Kinderarztes und die **Versicherungskarte** vorliegen. Wir stellen nur noch 3 Folgeverordnungen aus. Für weitere Verordnungen wenden Sie sich bitte an Ihren Kinderarzt.

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

Ihr SPZ Team

---

**Name Patient:**  
**Geburtsdatum:**  
**Anschrift:**

**Anschrift Praxis:**

**Heilmittel:**

**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:** \_\_\_\_\_