

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 Rezepten innerhalb eines Behandlungsfalls zu verwenden.

Eine Rezeptvergabe durch das SPZ ist nur möglich, wenn zeitgleich ein aktueller **Überweisungsschein** des Kinderarztes und die **Versicherungskarte** vorliegen. Die Ärzte des SPZ informieren sich über den Verlauf entsprechend den Therapieberichten und entscheiden über die weitere Verordnung.

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, bei Rückfragen spz@fhle.de

Ihr SPZ Team

Name Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Anschrift Praxis:

Heilmittel zu Beginn Behandlungsfall:

Wievielte Verordnung im Behandlungsfall:

Therapieziele (Teilhabeorientiert):

Korrektur Ziele zu Beginn des Behandlungsfalls:

Therapieinhalte:

Therapiefortschritte:

Beteiligung der Bezugspersonen (Anzahl, Inhalt, Alltagstransfer):

Hinweise zur Alltagsbewältigung:

Fortsetzung der Therapie notwendig:

Ja (x), voraussichtliche Anzahl: _____ Nein (x) ____

Probleme/Mitteilungen an SPZ:

Unterschrift Therapeut: _____

Eltern/Bezugsperson wünscht Fortsetzung der Therapie:

Ja (x) ____ Nein (x) ____

Unterschrift: _____