

Therapieänderungsplan

Krankenkasse		
Name, Vorname des Kindes		geboren am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

ab:

Hinweis: Die nachfolgenden Felder dürfen nur von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ ausgefüllt werden.

Grund der Änderung

Übergreifende Förder- und Behandlungsziele

Laufende medikamentöse Behandlung (insb. Notfallmedikamente)

Nein Ja, gemäß beigefügtem bundeseinheitlichen Medikationsplan

Form und Umfang der medizinisch-therapeutischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Mobile Einzelbehandlung und Begründung
Ergotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE <input type="text"/>
Logopädie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE <input type="text"/>
Physiotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE <input type="text"/>

Ort, Datum, Unterschrift, Vertragsarztstempel

Datum, Unterschrift, Kenntnisnahme Personensorgeberechtigte