

Verordnungs-Bericht											
Personalien der oder des Versicherten ----- Name ----- Vorname ----- geb. am -----	Verordnungsdatum ----- Diagnosegruppe ----- Therapeutische Diagnose ----- ----- -----										
Empfehlungen der Therapeutin oder des Therapeuten											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Fortföhrung der Therapie</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten -----</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Therapiepause</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten -----</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Doppelbehandlung</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Wiedervorstellung -----</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/Woche -----</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> andere Therapie -----</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hausbesuch</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Fortföhrung der Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten -----	<input type="checkbox"/> Therapiepause	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten -----	<input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie	<input type="checkbox"/> Doppelbehandlung	<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung -----	<input type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/Woche -----	<input type="checkbox"/> andere Therapie -----	<input type="checkbox"/> Hausbesuch
<input type="checkbox"/> Fortföhrung der Therapie	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten -----										
<input type="checkbox"/> Therapiepause	<input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten -----										
<input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie	<input type="checkbox"/> Doppelbehandlung										
<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung -----	<input type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/Woche -----										
<input type="checkbox"/> andere Therapie -----	<input type="checkbox"/> Hausbesuch										
Zusammenfassung Therapieverlauf, ggf. Begründung zur Empfehlung ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	Datum ----- Stempel/Adressdaten Leistungserbringer/in wenn nicht im Briefkopf ----- ----- ----- ----- ----- ----- Unterschrift Therapeutin / Therapeut wenn nicht digital versendet										