

Name des Kindes..... Geburtsdatum
Behandelnde(r) Arzt:in / Therapeut:in im SPZ

Liegt dem SPZ bereits im aktuellen Quartal
Überweisung Ja/ nein
Chipkarte ja/ nein vor?
Nächster SPZ-Termin?

Für die Ausstellung von **Heilmittelverordnungen müssen** die Therapieberichte vorliegen!!

- Ergotherapie ab
- Physiotherapie ab
- Logopädie ab **HNO**-Befund? – 1x/Jahr notwendig

Medikamentenbestellungen:

Welche(s) Medikament(e)? **Dosis:**

letzte **Blutentnahme im SPZ?**

Hilfsmittel:

(nur nach vorheriger Absprache mit behandelndem Arzt bzw. Vorlage einer Empfehlung des behandelnden Therapeuten, die mit den Therapeuten des SPZ in den Hilfsmittelsprechstunden erörtert wurde)

.....
.....

Gewünschtes Abholdatum
(Bearbeitungszeit mind. 5 Werktage)

Zuschicken gewünscht (keine BTM-Rezepte)

Aktuelle Telefonnummer
E-Mail-Adresse