


MUSTER

Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnder Arzt, z.B. Orthopäde \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnder Arzt, z.B. Orthopäde \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**CEDIP**

MUSTER

Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnder Arzt, z.B. Orthopäde \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnder Arzt, z.B. Orthopäde \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Sch	St	T	U	V	W	X	Y	Z	M	F	R	I-Zahl											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Zähler											AOK	LKK	BKK	IKK	VAK	AEV	Kneipschaft	UV*)																								

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Status \_\_\_\_\_

Vertragsarzt-Nr. \_\_\_\_\_

VK gültig bis \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Indikationsschlüssel: Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentl. Befunde \_\_\_\_\_

Therapieziel: \_\_\_\_\_

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges, Regelfall

Erstverordnung     Folgeverordnung     Gruppen Therapie     Verordnungen außerhalb d. Regelfalls

Haarbeschnitt:  ja     nein    Therapienbericht:  ja     nein    Behandlungsbeginn poliklinisch am: \_\_\_\_\_

Heilmittel-Pos.-Nr. \_\_\_\_\_ Faktor: \_\_\_\_\_

Heilmittel-Pos.-Nr. \_\_\_\_\_ Faktor: \_\_\_\_\_

Verordnungsmenge \_\_\_\_\_ Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges \_\_\_\_\_

Anzahl pro Woche \_\_\_\_\_

RZ Datum \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Nr.	Datum	Maßnahme	Behandler	Anzahl pro Woche
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**CEDIP**  
 Verlagsgesellschaft mbH  
 Ottostraße 12 · 50859 Köln  
 Postfach 40 01 23 · 50631 Köln  
 Tel. (0 22 34) 70 11-555 · Fax - 556

Bezugsquelle: CEDIP Verlagsgesellschaft mbH · Telefon 0 22 34/ 70 11- 5 55 · Ottostraße 12 · 50859 Köln

Best.-Nr. 1048/10 weiß, 1048/11 grün, 1048/12 rosa

Operationen:	Med. Risikofaktoren/Unverträglichkeiten:

Indikationsschlüssel: Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentl. Befunde

Therapieziel:

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges, Regelfall

Einzelverordnung    Folgeverordnung    Gruppentherapie    Verordnung außerhalb d. Regelfalls  
 Hausbesuch:  ja    nein   Therapiebericht:  ja    nein    ja    nein    ja    nein    ja    nein  
 Behandlungsbeginn spätestens am:

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor: | Anzahl pro Woche  
 Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor: |

Verordnungsmenge | Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges | Anzahl pro Woche

RZ Datum | Nr. |

Nr.	Datum	Maßnahme	Behandler	Behandler	Behandler
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Verlagsgesellschaft mbH**  
**CEDIP**  
 Ottostraße 12 · 50859 Köln  
 Postfach 400123 · 50831 Köln  
 Tel. (02234) 7011-555 · Fax 556

Indikationsschlüssel: Diagnose mit Leitsymptomatik, ggf. wesentl. Befunde

Therapieziel:

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges, Regelfall

Einzelverordnung    Folgeverordnung    Gruppentherapie    Verordnung außerhalb d. Regelfalls  
 Hausbesuch:  ja    nein   Therapiebericht:  ja    nein    ja    nein    ja    nein    ja    nein  
 Behandlungsbeginn spätestens am:

Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor: | Anzahl pro Woche  
 Heilmittel-Pos.-Nr. | Faktor: |

Verordnungsmenge | Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges | Anzahl pro Woche

RZ Datum | Nr. |

Nr.	Datum	Maßnahme	Behandler	Behandler	Behandler
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**Verlagsgesellschaft mbH**  
**CEDIP**  
 Ottostraße 12 · 50859 Köln  
 Postfach 400123 · 50831 Köln  
 Tel. (02234) 7011-555 · Fax 556

Besondere Vermerke: