

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

<b>Verordnungs-Bericht</b>	
<b>Personalien der oder des Versicherten</b> ----- Name ----- Vorname ----- geb. am -----	<b>Verordnungsdatum</b> ----- <b>Diagnosegruppe</b> ----- <b>Therapeutische Diagnose</b> ----- ----- -----
<b>Empfehlungen der Therapeutin oder des Therapeuten</b> <input type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung ----- <input type="checkbox"/> andere Therapie -----	
<input type="checkbox"/> Einzeltherapie    Minuten ----- <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten ----- <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input type="checkbox"/> Frequenz    Anzahl/Woche ----- <input type="checkbox"/> Hausbesuch	
<b>Zusammenfassung Therapieverlauf,            ggf. Begründung zur Empfehlung</b> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	<b>Datum</b> ----- <b>Praxisstempel oder Adressdaten,</b> wenn nicht im Briefkopf ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- <b>Unterschrift Therapeutin / Therapeut,</b> wenn nicht digital versendet