

Leistungsnachweis

Name des Kindes Geburtsdatum IK der Einrichtung / Stempel

Krankenversichert bei: Versichertennummer:

Die Eingangsdiagnostik wurde abgeschlossen am: Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten:

Für die Zeit von bis

Leistung	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	Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten / Bevollmächtigten*
Physio																																
Hdz.																																
SSSST**																																
Hdz.																																
Ergo																																
Hdz.																																

*Der/Die Bevollmächtigte ist nicht der/die behandelnde Therapeut*in **SSSST: Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie

Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen:

„E“ = Einzelbehandlung „G“ = Gruppenbehandlung „IG“ = Interdisziplinäre Gruppenbehandlung „M“ = mobile Behandlung „R“ = mobile Reihenbehandlung
0201502 / 0201503 / 0201504 0202502 / 0202503 / 0202504 0202002 / 0202003 / 0202004 0209502 / 0209503 / 0209504 0209002 / 0209003 / 0209004

Anmerkung: Sollte der interne und/oder externe Austausch abgerechnet werden, bestätigt die Einrichtung mit ihrer Unterschrift die vertraglich vereinbarte Durchführung.

Die Förderung läuft weiter:

ja notwendiger Förder- und Behandlungsplan folgt / wurde bereits vorgelegt
nein, Begründung:

Datum: Unterschrift der Einrichtung: