

## Leistungsnachweis

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ IK der Einrichtung / Stempel \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei \_\_\_\_\_ Krankenversichertenr. \_\_\_\_\_

Die Eingangsdagnostik wurde abgeschlossen am: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

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 Erziehungsberechtigten/Bevollmächtigten*		
<b>KG</b>																																		
Hdz																																		
<b>Logo</b>																																		
Hdz																																		
<b>Ergo</b>																																		
Hdz																																		

\*Der Bevollmächtigte ist nicht der behandelnde Therapeut

**Einzelbehandlung = „E“;      Gruppenbehandlung = „G“;      mobile Behandlung = „M“**  
**Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen**  
**Die Förderung läuft weiter**

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_