

Soziotherapeutischer Leistungsnachweis

Leistungserbringer: _____

IK-Nr.: _____ Name der Krankenkasse: _____

Name der versicherten Person: _____ KV-Nr. / Geb.datum: _____

Zeitraum von: _____ bis: _____

Soziotherapeutische Maßnahmen

Nr.	Ort, Datum, Uhrzeit (Einsatzbeginn, Einsatzende)	Leistungsart Einzel (E); Gruppe (G); Probatorisch (P)	Anzahl Einheiten* Einzel	Anzahl Einheiten* Gruppe	Leistungsform Aufsuchend (A), per Videotelefonie (V), per Telefon (T), in der Einrichtung (E)	Handzeichen Soziotherapeut/in	Datum, Unterschrift versicherte Person (ggf. der rechtlichen Betreuung)

Einheiten gesamt: _____

Datum, Unterschrift Leistungserbringer

* Hinweis: 1 Einheit bei Einzeltherapie umfasst 60 Minuten, im Gruppenkontext 90 Minuten. Die Einzeltherapie kann auch in Teileinheiten erbracht werden (bspw. 0,5 oder 1,5).