

Anlage 5 – Sozialtherapeutische Dokumentation und Leistungsnachweis über die Erbringung von Sozialtherapie

Versicherte/Versicherter		Sozialtherapeutischer Leistungserbringer	
Name, Vorname		Name	
Anschrift		Anschrift	
Vers.-Nr.:	Geb.-Datum:	Telefon-Nr.	IK-Nr.:
Krankenkasse:		Rechnungsnummer:	
		Monat	Jahr

1. Koordinierung verordneter Leistungen				
Ort, Datum	Verordnete Leistung	Terminvereinbarung mit Leistungserbringer	Anmerkung zur Durchführung, Probleme	Handzeichen

2. Zusammenarbeit mit verordnenden Berufsgruppen und sonstigen Leistungserbringern		
Ort, Datum	Besprechung und Zusammenführung von Behandlungsverlauf und -Fortschritten	Handzeichen

3. Sozialtherapeutische Maßnahmen (z.B. Motivierung, Anleitung und Unterstützung des Patienten)					
Ort, Datum	Einsatzbeginn u. -ende	Ziel der Maßnahme	Inhalt der Maßnahme	Behandlungsverlauf und Entwicklung des Patienten (Teilziel- bzw. Zielerreichung)	Handzeichen

	Ich versichere hiermit die Richtigkeit der Angaben und mir ist bewusst, dass falsche Angaben zu vertraglichen und strafrechtlichen Konsequenzen führen können.	Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Leistungen, <u>die im Kontakt mit der oder dem Versicherten erfolgten, erbracht worden sind.</u>
	Unterschrift der oder des Verantwortlichen des sozialtherapeutischen Leistungserbringers	Unterschrift der oder des Versicherten bzw. gesetzlicher Vertreter