

# 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*		
<b>Physio</b>																																		
Hdz.																																		
<b>SSSST**</b>																																		
Hdz.																																		
<b>Ergo</b>																																		
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: \_\_\_\_\_