

FÖRDERNACHWEIS

Zeitraum:

Name des Kindes _____

Straße u. Hausnr. _____

Wohnort _____

Kostenübernahme durch _____ Bescheid vom: _____ Für die Zeit vom _____ bis _____

Bei Beginn der Maßnahme: Das offene Beratungsangebot fand am _____ statt.

Es fanden im Zeitraum von bis zusätzlich..... (Anzahl) Behandlungseinheiten Eingangsdagnostik statt.

Mo- nat	Tag	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 der/des Perso- nensorgerechtigten/ Be- vollmächtigten	
	amb.																																	
	mobil																																	
	amb.																																	
	mobil																																	
	amb.																																	
	mobil																																	

*Der/Die Bevollmächtigte ist nicht der/die behandelnde Therapeut*in.

Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen:

Elterngespräch = „E“ Elterngruppe = „EG“ Einzelbehandlung am Kind = „K“ Eltern-/Kindbehandlung = „EK“ Gruppenbehandlung (Kinder) = „GK“
 „IG“ = Interdisziplinäre Gruppenbehandlung Doppelstunde = „2“
 (wird mit 1,5 BEs angesetzt)

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: _____