

## 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 \_\_\_\_\_