# 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* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Physio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hdz. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SSSST**** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hdz. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ergo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: _____

Unterschriftsfassung