Leistungsnachweis

_____ _____ _____

Name des Kindes Geburtsdatum IK der Einrichtung / Stempel

Krankenversichert bei: _____ Krankenversichertennummer: _____

Die Eingangsdiagnostik 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*
KG																																
Hdz.																																
Logo**																																
Hdz.																																
Ergo																																
Hdz.																																

*Der Bevollmächtigte ist nicht der behandelnde Therapeut
**Logo: Stimm-,Sprech-,Sprach-,Schluck therapie

Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen:

„E“ = Einzelbehandlung	**„G“ = Gruppenbehandlung**	**„M“ = mobile Behandlung**	**„R“ = mobile Reihenbehandlung**
0201502 / 0201503 / 0201504	0202502 / 0202503 / 0202504	0209502 / 0209503 / 0209504	0209002 / 0209003 / 0209004

Die Förderung läuft weiter:

☐ ja ☐ notwendiger Förder- und Behandlungsplan folgt / wurde bereits vorgelegt

☐ nein, Begründung: _____

_____

Datum_____ Unterschrift der Einrichtung _____