Leistungsnachweis

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____ IK der Einrichtung/Stempel _____

Krankenversichert bei: _____ Versichertennummer: _____

Die Eingangsdiagnostik wurde abgeschlossen am: _____ Unterschrift der/ des Personensorgeberechtigten: _____

Für die Zeit vom _____ **bis** _____

☐ **Physiotherapie oder** ☐ **Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie oder** ☐ **Ergotherapie oder** ☐ **sinnesspezifische Diagnostik****

Monat	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*
Hdz.																																
Hdz.																																
Hdz.																																

*Der/Die Bevollmächtigte ist nicht der/die behandelnde Therapeut*in **Bei SIFS pro Halbjahr max. zwei Behandlungseinheiten amb. oder mobil für die sinnesspezifische Diagnostik möglich

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