

**Anlage 8 c zum Rahmenvertrag über die Behandlung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in interdisziplinär tätigen heilpädagogischen Fördereinrichtungen vom 01.09.2010 (RV IHF)**

**Leistungsnachweis**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei \_\_\_\_\_ Krankenversichertennr. \_\_\_\_\_

**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																																	

\*Bei Verhinderung der Erziehungsberechtigten/Bevollmächtigten kann die ordnungsgemäße Abgabe der Leistung durch die Einrichtung (nicht durch behandelnde Therapeuten) bestätigt werden.

**Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen und mit Handzeichen (Hdz) des Therapeuten zu bestätigen:  
 Einzelbehandlung = „E“, Gruppenbehandlung = „G“**

**Die Leistungserbringung wird auf der Grundlage des bestehenden Förder- und Behandlungsplan fortgesetzt:**

- ja
- nein, Begründung: .....

**Die Einrichtung bestätigt hiermit die Richtigkeit aller Angaben auf dem Leistungsnachweis.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Einrichtung \_\_\_\_\_