

## Ambulante Rehabilitation

Name/Stempel der Einrichtung:

Institutionskennzeichen (IK):

---

Name des/der Versicherten:

---

Geburtsdatum:

---

KVNR:

---

Krankenkasse:

---

<b>Behandlungstag (Datum):</b>					
Uhrzeit Ankunft:					
Uhrzeit Verlassen:					

Behandlung/Betreuung durch**:	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E
Arzt:										
KG/Physiotherapeut:										
Masseur/Med. Bademeister:										
Sportlehrer/Sporttherapeut:										
Ergotherapeut:										
Logopäde/Sprachtherapeut:										
Diätassistent/Ökotrophologe:										
Klinischer (Neuro-)Psychologe:										
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge:										
Gesundheits-/Krankenpfleger:										
Sonstige:										
<b>Unterschrift Patient:</b>										

\* Die Form der Behandlung ("G" für Gruppentherapie und "E" für Einzeltherapie) ist von jedem Therapeuten auszufüllen.

\*\* Soweit für Berufsbezeichnungen männliche und weibliche Wortformen existieren, sind beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der Vereinfachung lediglich die männliche Form Anwendung findet.

**Dieser Vordruck ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen**

## Ambulante Rehabilitation

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Behandlungstag (Datum):</b>					
Uhrzeit Ankunft:					
Uhrzeit Verlassen:					

Behandlung/Betreuung durch**:	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E
Arzt:										
KG/Physiotherapeut:										
Masseur/Med. Bademeister:										
Sportlehrer/Sporttherapeut:										
Ergotherapeut:										
Logopäde/Sprachtherapeut:										
Diätassistent/Ökotrophologe:										
Klinischer (Neuro-)Psychologe:										
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge:										
Gesundheits-/Krankenpfleger:										
Sonstige:										
<b>Unterschrift Patient:</b>										

\* Die Form der Behandlung ("G" für Gruppentherapie und "E" für Einzeltherapie) ist von jedem Therapeuten auszufüllen.

\*\* Soweit für Berufsbezeichnungen männliche und weibliche Wortformen existieren, sind beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der Vereinfachung lediglich die männliche Form Anwendung findet.

**Dieser Vordruck ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen**

## Ambulante Rehabilitation

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Behandlungstag (Datum):</b>					
Uhrzeit Ankunft:					
Uhrzeit Verlassen:					

Behandlung/Betreuung durch**:	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E
Arzt:										
KG/Physiotherapeut:										
Masseur/Med. Bademeister:										
Sportlehrer/Sporttherapeut:										
Ergotherapeut:										
Logopäde/Sprachtherapeut:										
Diätassistent/Ökotrophologe:										
Klinischer (Neuro-)Psychologe:										
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge:										
Gesundheits-/Krankenpfleger:										
Sonstige:										
<b>Unterschrift Patient:</b>										

\* Die Form der Behandlung ("G" für Gruppentherapie und "E" für Einzeltherapie) ist von jedem Therapeuten auszufüllen.

\*\* Soweit für Berufsbezeichnungen männliche und weibliche Wortformen existieren, sind beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der Vereinfachung lediglich die männliche Form Anwendung findet.

**Dieser Vordruck ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen**

## Ambulante Rehabilitation

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Behandlungstag (Datum):</b>					
Uhrzeit Ankunft:					
Uhrzeit Verlassen:					

Behandlung/Betreuung durch**:	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E	Hand- zeichen	G/ E
Arzt:										
KG/Physiotherapeut:										
Masseur/Med. Bademeister:										
Sportlehrer/Sporttherapeut:										
Ergotherapeut:										
Logopäde/Sprachtherapeut:										
Diätassistent/Ökotrophologe:										
Klinischer (Neuro-)Psychologe:										
Sozialarbeiter/Sozialpädagoge:										
Gesundheits-/Krankenpfleger:										
Sonstige:										
<b>Unterschrift Patient:</b>										

\* Die Form der Behandlung ("G" für Gruppentherapie und "E" für Einzeltherapie) ist von jedem Therapeuten auszufüllen.

\*\* Soweit für Berufsbezeichnungen männliche und weibliche Wortformen existieren, sind beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der Vereinfachung lediglich die männliche Form Anwendung findet.

**Dieser Vordruck ist den Abrechnungsunterlagen beizufügen**