

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers	Belegnummer
----------------------------	-------------

Behandlungsabbruch

Nach Rücksprache mit dem Arzt

☐ Abweichung von der Frequenz

Änderung in

☐ Gruppen-therapie

☐ Einzel-therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers