

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

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen <i>(erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)</i>	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