

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			

MUSTER

Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers

Rechnungsnummer

IK des Leistungserbringers

Belegnummer

Behandlungsabbruch

 T T M M J J

Nach Rücksprache mit dem Arzt

 Abweichung von der Frequenz

Änderung in

 Gruppen- Einzel-
therapie therapie

Begründung

Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers