

Therapiekostenaufstellung

Vertragspartner:

Abrechnungszeitraum:

Klient/in:

Name:
Adresse:
Vers. Nr.:
Sozialversicherungsträger:

Versicherte/r:

Name:
Adresse:
Vers. Nr.:
Sozialversicherungsträger:

zuständige Bezirksverwaltungsbehörde:

Psychotherapie

Sitzung:	Datum: (dd.MM.yyyy)	Einheit (Minuten):	Betrag:
----------	------------------------	--------------------	---------

- Einzeltherapie
 Gruppentherapie

Summe:

Anteil Sozialversicherungsträger pro Einheit Gesamt:

Kostenzuschuss gemäß § 16 StKJHG-DVO pro Einheit. Gesamt: _____

Selbstbehalt Eltern: