

Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.				Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



VKZ:

Dokumentationsbogen Eingangs-/Abschlussassessment (Anlage 8b)

STEP-Sporttherapie	☐	☐ ärztliche Bestätigung (z.B. Konsiliarbericht, grünes Rezept, Verordnung) die im Vorfeld vom Versicherten bereitgestellt wurde liegt vor und enthält <u>keine</u> Einwände gegen Psychotherapie / STEP-Sporttherapie.
	☐	Versicherte ist nicht für die STEP-Sporttherapie geeignet. _____ _____ _____

☐	Eingangsassessment	Termin am:	____.____.____.
☐	Abschlussassessment	Termin am:	____.____.____.

Erfolge der Maßnahme und weitere Hinweise:

Unterschrift / Namensstempel	Datum