

*Nur für Versicherte bei nicht selektivvertraglich eingebundener Krankenkassen,  
Selbstzahlende oder privat Versicherte*

## Vorlage Teilnahmedokumentation Leistungen begleitende Psychotherapie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Teilnehmer:in      Geburtsdatum      Krankenkasse      Therapiezentrum

### Dokumentationsbogen PT: Selbstzahlende / AKÜ / privat Versicherte

<input type="checkbox"/>	Eingangsassessment	Termin	____.____.20__		
<input type="checkbox"/>	Begleitendes Assessments	Termine	____.____.20__	____.____.20__	____.____.20__
<input type="checkbox"/>	Abschlussassessment	Termin	____.____.20__		

### Empfehlungen zum weiteren Vorgehen:

STEP-Sporttherapie	<input type="checkbox"/>	Beginn am: ____.____.20__  <input type="checkbox"/> <i>ärztliche Bescheinigung (z.B. Konsiliarbericht) liegt vor und enthält <u>keine</u> Einwände gegen Psychotherapie / STEP-Sporttherapie</i>
	<input type="checkbox"/>	Versicherte ist <b>nicht</b> für die STEP-Sporttherapie geeignet.
	<input type="checkbox"/>	<b>Abbruch</b> der Sporttherapie am _____.____._____

### Weitere Hinweise (z.B. Erfolg der Maßnahme, Grund für Nichteignung, etc.):


*Nur für* Versicherte bei nicht selektivvertraglich eingebundener Krankenkassen,  
Selbstzahlende oder privat Versicherte

--

**Vorlage Abrechnungsbogen Therapiezentrum: Leistungen begleitende Psychotherapie**

STEP-Programm	<input type="checkbox"/> Zwischenrechnung Nr:	<input type="checkbox"/> Endrechnung
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert bei:	<input type="checkbox"/> privat versichert bei:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler:in

**Positionen**

Was?	Anzahl	vereinbarter Vergütungssatz	Anzahl * vereinbarter Vergütungssatz =
Eingangsassessment		176€	€
begleitendes Assessment		55€	€
Abschlussassessment		143€	€
Gesamtsumme			€

**Bei Zwischenabrechnung:** Die letzte Abrechnung erfolgte am \_\_\_\_\_.

Es wird um Überweisung des Rechnungsbetrages auf das folgende Konto gebeten:

<b>IBAN</b>		<b>Rechnungs-Nr. etc.</b> (bitte bei Überweisungen angeben)
<b>Kreditinstitut</b>		
<b>Kontoinhaber:in</b>		
<b>Institutionskennzeichen</b>		

Es wird bestätigt, dass das STEP-Programm von einem:r zertifizierten STEP-Sporttherapeut:in geleitet bzw. von  
eine:r STEP-Psychotherapeut:in begleitet wird und diese:r im Besitz eines gültigen STEP-Zertifikats ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Therapiezentrums

**Anlage 5d:** STEP Teilnahmedokumentation und Abrechnungsbogen Psychotherapeut:in  
zum ZEGD Lizenzvertrag

*Nur für* Versicherte bei nicht selektivvertraglich eingebundener Krankenkassen,  
Selbstzahlende oder privat Versicherte