

Nur für Versicherte bei nicht selektivvertraglich eingebundener Krankenkassen, Selbstzahllende 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 nicht für die STEP-Sporttherapie geeignet.
	<input type="checkbox"/> Abbruch 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:

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

Es wird bestätigt, dass das STEP-Programm von einem:r zertifizierten STEP-Sporttherapeut:in geleitet bzw. von einer: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*