**Therapiekostenaufstellung**

**Vertragspartner:**

**Abrechnungszeitraum:**

**Klient/in:**

Name:

Adresse:

Vers. Nr.:

Sozialversicherungsträger:

**Versicherte/r:**

Name:

Adresse:

Vers. Nr.:

Sozialversicherungsträger:

**zuständige Bezirksverwaltungsbehörde:**

**Psychotherapie**

Sitzung:      Datum:      Einheit (Minuten):      Betrag:

(dd.MM.yyyy)

[ ]  Einzeltherapie

[ ]  Gruppentherapie

**Summe:**

Anteil Sozialversicherungsträger pro Einheit Gesamt:

Kostenzuschuss gemäß § 16 StKJHG-DVO pro Einheit Gesamt:

Selbstbehalt Eltern: