**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:

**Formblatt 12, Therapiekostenaufstellung, Stand: Mai 2024**