

**Empfangsbestätigung für heilpädagogische Leistungen  
durch vertretungsberechtigte Bezugsperson  
- Bei Komplexleistungen in IFF bitte im Original der Abrechnung beifügen -**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.Datum des Kindes

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten heilpädagogischen Leistungen zur Förderung und Behandlung noch nicht eingeschulter behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder im Rahmen einer ganzheitlichen Komplexleistung erhalten zu haben:

Datum	Art der Einzelleistung	Anzahl der BE	Unterschrift der vertretungsberechtigten Bezugsperson
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Name und Anschrift des Leistungserbringers:	Institutionskennzeichen:
---	--------------------------