

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

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

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten medizinisch-therapeutischen 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	Positionsnummer	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:
---------------------------------------------	--------------------------