



# Leistungsnachweis Privatpatienten / Selbstzahler und KJHG

Psychotherapeut/in \_\_\_\_\_

Schwerpunkt/Jahrgang: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_

Chiffre: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Name und Adresse Rechnungsempfänger/in: \_\_\_\_\_  
(bei KJHG die des Amtes) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leistungen im Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Datum	Ziffer	Datum	Ziffer

Hiermit erkläre ich, die oben aufgeführten Leistungen persönlich erbracht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Therapeut/in