

Durchgeführte Gruppentherapien (Positionsgruppen 388.. und 389..)

		FG 20	
Vor- und Zuname des Vertragsfacharztes	Vertragspartnernummer	Fachgebiet	Quartal

Beginn und Ende der Gruppentherapiesitzung	<u>Teilnehmende PatientInnen</u> Name, Sozialversicherungsnummer und Kostenträger (bzw. Selbstzahler)	<u>Bei Gruppensitzungen ab 9 Personen</u> Name und Anschrift des beigezogenen Arztes mit Psy-III-Diplom bzw. eingetragenen Psychotherapeuten
Datum:	1.	Name: Anschrift: Ich bestätige, dass ich für mein Mitwirken an dieser Gruppentherapiesitzung ausschließlich von dem/der oben angeführten Vertragsfacharzt/ärztin für Psychiatrie honoriert werde und meine Leistung nicht gesondert einem Patienten bzw. einem Kostenträger in Rechnung stelle. Ort, Datum: Unterschrift:
	2.	
Beginn (Uhrzeit):	3.	
	4.	
Ende (Uhrzeit):	5.	
	6.	
	7.	
	8.	
	9.	
	10.	
	11.	
	12.	
	13.	
	14.	
	15.	