



## Abrechnungsformular für Ergotherapeuten

über interdisziplinäre Leistungen im Rahmen der medizinisch-therapeutischen Versorgung von Schülerinnen und Schülern mit **festgestelltem Anspruch auf sonderpädagogische Förderung** an hessischen Förderschulen und im inklusiven Unterricht.

Therapeutin/Therapeut: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

IK
----

<b>Bankverbindung</b>
IBAN:
SWIFT-BIC:

Name des Schülers/der Schülerin: \_\_\_\_\_

Schule:	Schulstempel
Strasse:	
PLZ Ort:	
Tel.:	
Fax:	
E-Mail:	

Die Einverständniserklärung der Eltern zur Weitergabe der Daten an die HAGE liegt vor.

**Interdisziplinäre Leistungen**, die fachlich notwendig sind und gemeinsam mit Pädagoginnen und Pädagogen der Schule erbracht wurden, aber keine GKV-Leistungen darstellen. Siehe Legende der IDL. (Pauschale Kostenerstattung durch das Land Hessen.)

Leistungsziffer	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Anzahl						

Bezogen auf die in Kopie beigefügte Heilmittelverordnung (HVO)

Zahl der an der Schule durchgeführten Behandlungen:	
Behandlungszeitraum (Datum von bis)	
Datum der (HVO)	

Wir bestätigen die Richtigkeit der vorliegenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleiter/in