VEREIN Netzwerk3 Mostviertel

ANWESENHEITSLISTE
für Psychotherapie (und vergleichbare Behandlung)

Name BehandlerIn: _____

Klient*innen- ID: _____

Durchlaufende Nr. der Therapie-einheiten	Datum	Verrechnete Einheit*			Anmerkung	Unterschrift Kind/Jug. bzw. Begleitperson
		E50	G90	G50		
	Summe					

_____ _____

Quartal/ Jahr Unterschrift BehandlerIn/

Eine Verrechnung ist zulässig, wenn die Absage weniger als 48 Stunden vor Termin erfolgte, Nach 2x Fernbleiben (aufeinanderfolgend) wird eine Information an die Therapeutin/den Therapeuten notwendig.

* Legende:
E50 Einzeltherapie/ -behandlung 50 min / Elternbegleitgespräche, max 70€
G90 Gruppentherapie/ -behandlung 90 min, max. 35€
G50 Gruppentherapie/-behandlung 50 min