Rentenversicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

oder

Krankenversichertennummer

MSAT / MSNR

Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

G0420

Name, Vorname

Leistungsträger

Lfd. Nr.	Datum	GG	EG	BG	Unterschrift der Rehabilitandin / des Rehabilitanden / Bezugsperson

Lfd. Nr.	Datum	GG	EG	BG	Unterschrift der Rehabilitandin / des Rehabilitanden / Bezugsperson
	Summe:				

GG = Gruppengespräch (Mindestdauer 100 Minuten)
Abrechnungspositionsnummer 418 520 (nur GKV)

EG = Einzelgespräch (Mindestdauer 50 Minuten)
Abrechnungspositionsnummer 418 201 (nur GKV)

BG = Gespräche mit Bezugspersonen
Abrechnungspositionsnummer 418 202 (nur GKV)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Blatt: _____ / _____

_____

Datum, Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten

G0420-00 DRV
Version 02002 - AGTH 2/2021 - Stand 02.06.2021