



## Leistungsnachweis

### Psychiatrisch-Psychotherapeutische Versorgung

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name SprachmittlerIn: \_\_\_\_\_

Name BehandlerIn: \_\_\_\_\_

Adresse Einsatzort: \_\_\_\_\_

Bewilligte Stunden (Anzahl) \_\_\_\_\_

Patientenchiffre

--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweis: Die Chiffre setzt sich zusammen aus dem ersten Buchstaben des Nachnamens & dem Geburtsdatum. Beispiel: Herr Mustermann, geb. 06.02.1967 wird zu M060267. Ggf. bei BehandlerIn erfragen!

**1) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_\_ Minuten

**2) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_\_ Minuten

**3) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_\_ Minuten

**4) Datum des Einsatzes:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ ausgefallen  stattgefunden

Uhrzeit des Einsatzes: von \_\_:\_\_ bis \_\_:\_\_ Uhr Dauer Sprachmittlung \_\_\_\_\_ Minuten

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift SprachmittlerIn

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Unterschrift BehandlerIn

Hinweis: Dieser Leistungsnachweis dient dem Nachweis aller erbrachten Sprachmittlungsleistungen bei ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen im Auftrag von SEGEMI e. V. Die/der Sprachmittler/in ist verpflichtet, diesen Nachweis nach jeder erbrachten Leistung auszufüllen und in monatlichen Abständen gemeinsam mit der Rechnungsstellung unterschrieben an SEGEMI e. V., Ferdinandstraße 36, 20095 Hamburg zu übersenden. Der/die betreffende Behandler/in wird gebeten, die erbrachte Leistung mit ihrer/seiner Unterschrift zu bestätigen. Pro Einsatz werden unabhängig von der tatsächlichen Dauer mindestens 35 Euro zzgl. Anfahrtspauschale vergütet.