Rentenversicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		Krankenversichertennummer
		oder	

MSAT / MSNR

Leistungsdokumentation der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

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 01001 - EGSB 1/2020 - Stand 28.07.2020