

Abrechnungsformular Therapie Aktiv
für berechnigte Wahlärzte ohne elektronische Abrechnung



GKK für	BKK der	VAEB	Andere Kostenträger	Erwerbstätig, ¹ Arbeitslos, selbstversichert	Pensionist (in) 5	Kriegshinterbliebene(r) 7	Sonstige 9
---------	---------	------	---------------------	---	--------------------------	----------------------------------	-------------------

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen

Patient(in):

Familienname/(Nachname)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

____/____/____
VSNR Tag Mon. Jahr

Anschrift

Straße, Nummer, PLZ, Ort

Beschäftigt bei

Dienstgeber(in), Dienstort

Stempel und Unterschrift des Arztes

Versicherte(r) (nur auszufüllen, wenn PatientIn ein(e) Angehörige(r) ist)

Familienname/(Nachname)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

____/____/____
VSNR Tag Mon. Jahr

Abrechnungsdaten:

Abrechnungszeitraum

Leistungsdatum

Position

Bezeichnung

DMP 1

Erstbetreuung

zutreffendes bitte ankreuzen

DMP 2

laufende Betreuung

zutreffendes bitte ankreuzen