

Abrechnungsformular Therapie Aktiv  
für berechnigte Wahlärzte ohne elektronische Abrechnung



ÖGK			Andere Kostenträger	Erwerbstätig, <sup>1</sup> Arbeitslos, selbstversichert	Pensionist (in) <b>5</b>		
-----	--	--	---------------------	---	--------------------------	--	--

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen

**Patient(in):**

**Familienname**

**Vorname**

**Versicherungsnummer**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
VSNR Tag Mon. Jahr

**Anschrift**

**Beschäftigt bei**

\_\_\_\_\_  
Straße, Nummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Dienstgeber(in), Dienstort



Stempel und Unterschrift des Arztes

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

**Familienname**

**Vorname**

**Versicherungsnummer**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
VSNR Tag Mon. Jahr

**Abrechnungsdaten:**

**Abrechnungszeitraum**

**Leistungsdatum**

**Position**

**Bezeichnung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DMP 1

Erstbetreuung

zutreffendes bitte ankreuzen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DMP 2

laufende Betreuung

zutreffendes bitte ankreuzen