

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Finanzwesen
Keßlerstr. 1
76185 Karlsruhe

Fax 0711 7875-483910
E-Mail: aerztebuchhaltung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Monatliche Information

über geleistete Therapiestunden zur Festlegung der Abschlagszahlung

Im Monat _____ habe ich folgende genehmigte Therapien erbracht:
(hier die Anzahl der erbrachten Leistungen aller Kostenträger eintragen)

	EBM-Nummern	Bewertung in Euro	Anzahl erbrachter Leistungen	Angeforderter Betrag (Bewertung x Anzahl)
1.	35111	39,98		
2.	35130	35,32		
3.	35131	70,53		
4.	35140	84,37		
5.	35141	30,67		
6.	35150	84,61		
7.	35151, 35152	56,33		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425	112,30		
9.	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	111,58		
10.	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	94,04		
11.	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	83,54		
12.	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	76,50		
13.	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	71,36		
14.	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	67,78		
15.	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	64,80		
Angeforderter Betrag gesamt				

Hinweis: Bei der Meldung werden 75 % des Nettobetrages im Voraus vergütet.

Ich versichere, dass die o. a. Leistungen ordnungsgemäß, vollständig und persönlich von mir erbracht worden sind.

Datum, Unterschrift

Bitte legen Sie – um einen schnellen Ablauf zu gewährleisten – dieses Formular am Quartalsende nicht Ihrer Abrechnung bei.