

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Finanzwesen  
Keßlerstraße 1  
76185 Karlsruhe

Fax 0711 7875-483910  
E-Mail: [aerztebuchhaltung@kvbwawue.de](mailto:aerztebuchhaltung@kvbwawue.de)

**Absender/Stempel**

## Monatliche Information

### über geleistete neuropsychologische Therapiestunden zur Festlegung der Abschlagszahlung

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

	<b>EBM-Nummern</b>	<b>Bewertung in Euro</b>	<b>Anzahl erbrachter Leistungen</b>	<b>Angeforderter Betrag (Bewertung x Anzahl)</b>
1.	30931	90,33		
2.	30932	119,89		
3.	30933	86,51		
4.	30934	32,74		
<b>Angeforderter Betrag gesamt</b>				

Hinweis: Bei der Meldung werden 75 % des Nettovergütet.

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift