

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

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 neuropsychologische 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.	30931	79,88		
2.	30932	103,87		
3.	30933	74,92		
4.	30934	28,95		
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.