

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	37,74		
2.	35130	33,35		
3.	35131	66,58		
4.	35140	79,65		
5.	35141	28,95		
6.	35150	79,88		
7.	35151, 35152	52,05		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425	103,87		
9.	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	103,20		
10.	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	86,98		
11.	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	77,29		
12.	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	70,75		
13.	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	66,02		
14.	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	62,64		
15.	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	59,94		
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.