

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	42,68		
2.	35130	37,71		
3.	35131	75,30		
4.	35140	90,07		
5.	35141	32,74		
6.	35150	90,33		
7.	35151, 35152	57,46		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435	114,54		
9.	35173, 35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	113,77		
10.	35174, 35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	95,94		
11.	35175, 35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	85,23		
12.	35176, 35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	77,97		
13.	35177, 35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	72,75		
14.	35178, 35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	69,05		
15.	35179, 35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	66,12		
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.