

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

Fax 0711 7875-483910

E-Mail: [aerztebuchhaltung@kvbwue.de](mailto:aerztebuchhaltung@kvbwue.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	60,13		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425	119,89		
9.	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	119,12		
10.	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	100,39		
11.	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	89,18		
12.	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	81,67		
13.	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	76,19		
14.	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	72,37		
15.	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	69,18		
<b>Angeforderter Betrag gesamt</b>				

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.