

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	41,52		
2.	35130	36,68		
3.	35131	73,24		
4.	35140	87,62		
5.	35141	31,85		
6.	35150	87,87		
7.	35151, 35152	58,50		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425	116,62		
9.	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	115,88		
10.	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	97,66		
11.	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	86,75		
12.	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	79,44		
13.	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	74,11		
14.	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	70,39		
15.	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	67,30		
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.