



An IPP - Ambulanz
Bereich Abrechnung / Zi 2-2-14
Prümerstrasse 4
44787 Bochum

Rechnung

Name _____

Anschrift _____

Steuernummer _____

Praxis _____

Leistungsübersicht für Patient / in _____ Chiffre _____

Abrechnungsquartal _____ Abrechnungsmonat _____

ICD-10-Diagnose(n) nach **SPRECHSTUNDE** _____ V G A Z

ICD-10-Diagnose(n) laut **AKTUELLEM** Therapieantrag _____ noch kein Antrag gestellt

Datum des Erstgesprächs _____ Datum des Abschlussgesprächs _____

Im angegebenen Abrechnungsmonat wurden folgende Termine/Leistungen durchgeführt:

Datum:	Dauer	Leistungsziffern

Anmerkungen: _____

Klient wird nach **SPRECHSTUNDE nicht** von mir weiter behandelt.

Bei **Therapeutenwechsel:** Ich übergebe an / Ich übernehme von: _____

Krankenkassenwechsel: Ja Nein

Die aufgeführten Leistungen sollen zur KV-Abrechnung eingereicht werden. Mir ist bekannt, dass das IPP vor der Abrechnung prüfen muss, ob die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, können Leistungen von der Abrechnung ausgeschlossen oder bis zur nächsten Abrechnung zurückgestellt werden. Sind Änderungen der Leistungsziffer erforderlich, bin ich ausdrücklich einverstanden, dass diese vom IPP vorgenommen werden.

Ich versichere, die oben angegebenen Therapiestunden entsprechend den Vorgaben des EBM an den genannten Terminen durchgeführt zu haben. Ich versichere außerdem, dass diese Termin-Liste alle erbrachten Leistungen vollständig umfasst und weitere Sitzungen für diesen Patienten im angegebenen Zeitraum von mir nicht erbracht wurden. Mir ist bekannt, dass nicht wahrheitsgemäße Angaben die Nichtabrechenbarkeit aller Leistungen und einen Ausschluss aus der Praktischen Ausbildung zur Folge haben können.

Datum _____

Unterschrift _____