

ABRECHNUNGSFORMULAR
 gemäß § 8 Abs. 3 der Vereinbarung zum
 Pilotprojekt „Substitutionsbehandlung“

| | |
|---|---|
| Abrechnungsquartal | |
| Name des Arztes/der Ärztin | Vertragspartnernummer |
| Adresse (Angabe nur bei erstmaliger Abrechnung bzw. bei Änderung erforderlich) | Kontonummer (Angabe nur bei erstmaliger Abrechnung bzw. bei Änderung erforderlich) |

| Behandlungs- datum | Patient | SV-Träger | Versicherungsnummer | Versichertenkategorie 1 = erwerbstätig, arbeitslos oder selbstversichert 2 = Pensionist | Honorarposition (Pos. 668 oder 669) |
|-------------------------------|----------------|------------------|----------------------------|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Arztstempel und Unterschrift

| Behandlungs- datum | Patient | SV-Träger | Versicherungsnummer | Versichertenkategorie <small>1 = erwerbstätig, arbeitslos oder selbstversichert 2 = Pensionist</small> | Honorarposition <small>(Pos. 668 oder 669)</small> |
|-------------------------------|----------------|------------------|----------------------------|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Arztstempel und Unterschrift