

Meldung über erbrachte Leistungen

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Ärztelinkkonto
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Absender:
(Stempel, **HNR**)

Abschlagszahlung für psychotherapeutische Leistungen

In der Zeit

vom 21. ____ .20__ bis 20. ____ .20__

habe ich folgende psychotherapeutische Leistungen durchgeführt:

EBM- Nummern			Anzahl
TP	AP	VT	
1. 35401, 35402, 35405 35503, 35513	1. 35411, 35412, 35415 35523, 35533	1. 35421, 35422, 35425 35543, 35553	_____
2. 35504, 35514	2. 35524, 35534	2. 35544, 35554	_____
3. 35150 35505, 35515	3. 35150 35525, 35535	3. 35150 35545, 35555	_____
4. 35506, 35516	4. 35526, 35536	4. 35546, 35556	_____
5. 35131, 35140 35507, 35517 35508, 35518 35509, 35519	5. 35131, 35140 35527, 35537 35528, 35538 35529, 35539	5. 35131, 35140 35547, 35557 35548, 35558 35549, 35559	_____
6. 35151, 35152	6. 35151, 35152	6. 35151, 35152	_____

Datum:

Honorarnummer:

Unterschrift:
