

Bitte zurücksenden

per Email an: akk@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Ärztelkontokorrent
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Praxisstempel

Meldung über erbrachte Leistungen

für den Zeitraum

Monat oder Quartal

Jahr

Im o.g. Zeitraum habe ich folgende psychotherapeutische Leistungen (EBM-Ziffern) erbracht:

		Anzahl gesamt
1.	30932, 35173, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435, 35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553, 35703, 35713	_____
2.	35174, 35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554, 35704, 35714	_____
3.	30931, 35140, 35150, 35163, 35175, 35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555, 35705, 35715	_____
4.	35176, 35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556, 35706, 35716	_____
5.	35131, 35164, 35165, 35177, 35178, 35179, 35507, 35508, 35509, 35517, 35518, 35519, 35527, 35528, 35529, 35537, 35538, 35539, 35547, 35548, 35549, 35557, 35558, 35559, 35707, 35708, 35709, 35717, 35718, 35719	_____
6.	35151, 35152, 35166, 35167	_____
7.	35168, 35169	_____

Datum

Betriebsstättennummer

Unterschrift