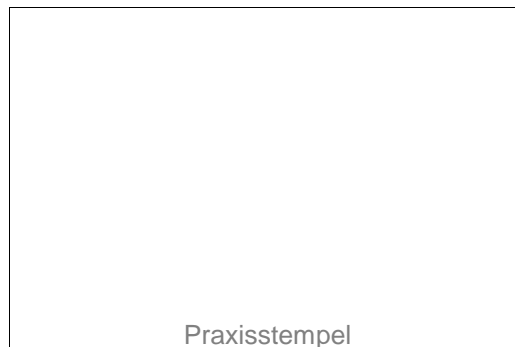


Bitte zurücksenden

per Email an: akk@kvhh.de

oder

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Ärztelkontokorrent
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Meldung über erbrachte Leistungen

für den Zeitraum

Monat oder Quartal

Jahr

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

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

Datum

Honorarnummer

Unterschrift