

**Nachweis durchgeführter Leistungen  
 bei elektronischer Teilrechnung**

Jede einzelne Behandlung muss vom Patienten unmittelbar nach ihrer Verabreichung durch Unterschrift bestätigt werden. VOR- und NACHBESTÄTIGUNGEN sind nicht statthaft.

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer		
Patient		_____	_____	_____
		Tag	Monat	Jahr
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		_____	_____	_____
		Tag	Monat	Jahr

	Datum	Positionsnummer(n)	Unterschrift des Patienten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Bei Abschluss des Behandlungsblockes ist die bewilligte ärztliche Verordnung beizulegen.

Kosten laut Tarif € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift und Stempel des Leistungserbringers