

**Anlage 1b - Abrechnung der Impfleistung für Quartal ..... Jahr..... (bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)**

Name des Betriebs- oder Werkarztes .....  
**Anschrift** .....  
**Betrieb** .....  
 IK .....

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

Datum der Impfung	Name des/der Versicherten	Geburtsdatum des/der Versicherten TT.MM.JJJJ	Mitgliedsnummer	Art der Impfleistung (gem. Dokumentations-schlüssel der Anl. 2 zur SI-RL)	Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs(Name des Fertigarzneimittels)	Ärztliche Leistung (gem. § 8 Abs. 1 dieses Vertrages) in EUR	Pauschale Verbrauchsmaterial 0,16 EUR

Bitte überweisen Sie auf das Konto....., IBAN....., BIC.....

den Gesamt-Betrag in Höhe von .....€. Die Richtigkeit der oben genannten Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betriebs- oder Werksarzt/ärztin