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

## Name des Betriebs- oder Werksarztes ………………………………………..

**Anschrift ………………………………………..**

**Betrieb ………………………………………..**

## IK ……………………………………….

## Rechnungsnummer: . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenkasse: |  |

## Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum der Impfung | Name des/der Versicherten | Geburts-  datum des/der Versicherten TT.MM.JJJJ | Mitglieds- nummer | 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 Verbrauchs-material  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