## 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