

**Anlage 1**

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

Name des Betriebs- oder Werkarztes .....  
 Anschrift .....  
 Betrieb .....  
 LANR .....

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

Krankenkasse:

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

Datum der Impfung	Name des/der Versicherten	Geburtsdatum des/der Versicherten TT.MM.JJJJ	Mitgliedsnummer	Art der Impfleistung (gem. Dokumentationschlüssel 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 Werkarzt/ärztin