



Deutsche  
Rentenversicherung

Braunschweig-Hannover

(Stempel der Einrichtung)

Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Versicherten
-----------------------

### Abrechnung von Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskran- ker im Rahmen der Kombi-Nord

Therapiegespräche fanden an folgenden Tagen statt:

- TA = Therapieart
- EG = Einzelgespräch
- GG= Gruppengespräch
- BG = Bezugspersonengespräch

- Kombi-Nord Zusatzmodule
- ÜB = Übergabegespräch
  - TL = Therapielotse
  - BEAT = Belastungserprobung für ambulante Therapie

Lfd. Nr.	Datum	TA	Lfd. Nr.	Datum	TA	Lfd. Nr.	Datum	TA
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

Ich bestätige an obigen Therapiegesprächen teilgenommen zu haben:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten)

Rechnungsstellung:

0	Gesprächstermine	X	50,00 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche bis 40Km	X	50,00 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche bis 60Km	X	75,00 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche bis 90Km	X	100,00 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche über 90Km	X	125,00 EUR =	0,00 EUR
0	Km, Fahrkosten Übergabegespräche	X	0,20 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche telefonisch	X	15,00 EUR =	0,00 EUR
0	Übergabegespräche per Videokonferenz	X	50,00 EUR =	0,00 EUR
0	BEAT	X	50,00 EUR =	0,00 EUR
0	Therapielotse	X	50,00 EUR =	0,00 EUR
	Summe			<u>0,00 EUR</u>

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

Wir bitten, diesen Betrag auf das Ihnen bekannte Konto der Behandlungsstelle zu überweisen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift u. Stempel der Behandlungsstätte)