

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



(Stempel der Einrichtung)

Deutsche Rentenversicherung

Name des Versicherten

Abrechnung der Sondermodule im Rahmen der Kombi-Nord Behandlung

Kombi-Nord Sondermodule

ÜB = Übergabegespräch

TL = Therapielotse

BEAT = Belastungserprobung für ambulante
Therapie

Lfd. Nr.	Datum	Sondermodul
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Ich bestätige an obigen Terminen teilgenommen zu haben:

(Unterschrift des Versicherten)

Versicherungsnummer

Rechnungsstellung:

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 Km,	X	125,00 EUR =	0,00 EUR
0	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)