



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)