



## Antrag zur Abrechnung von arbeitsbezogenen Interventionen

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

### Angaben zur Person des Versicherten

Name, Vorname

Datum	Therapeutische Leistung	KTL	Zeitdauer in Minuten

Gesamtdauer: \_\_\_\_\_

Geteilt durch 60 Minuten = \_\_\_\_\_

**Erstattungsfähige Einheiten (gerundet) =** \_\_\_\_\_

**Ich bestätige die Teilnahme an den oben aufgeführten arbeitsbezogenen Interventionen**

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift des Versicherten

**Erstattungsbetrag:** \_\_\_\_\_ Einheiten x 48,40 EUR  
 (West)/46,10 EUR (Ost) \_\_\_\_\_ EUR

(IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number) \_\_\_\_\_ BIC (Bank Identifier Code) \_\_\_\_\_

**D E** \_\_\_\_\_

Geldinstitut (Name, Ort) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Stempel der Einrichtung