

Rechnungsformular

Rechnungsempfänger/-in

AnredeTitelVornameName

Straße u. Haus-Nr./Postfach

PLZOrt

Land

Rechnungsstellende Ärztin/Rechnungsstellender Arzt ggf. Facharztbezeichnung

AnredeTitelVornameName

Straße u. Haus-Nr./ Postfach

PLZOrt

Land

Tel.

[ggf. JÜSt.-ID Nr.

Kontoinhaber/-in

Name der Bank

IBAN

BIC

Rechnungsdaten

Rechnungsdatum	Rechnungsnummer	Bitte zahlen Sie bis zum...	Gesamtrechnungsbetrag EUR

Behandelte Person

Anrede/Titel	Vorname	Name	Geburtsdatum

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Anrede/Titel	Vorname	Name	Praxisadresse	PLZ	Ort

Diagnosen/Behandlungsanlässe

Behandlungsdatum	ICD-Code ¹ /Diagnose im Klartext	OPS-Code/ unverschlüsselte operative Leistung im Klartext ²	Hauptdiagnose ³	Lokalisierung ⁴

¹ die bei Aufnahme der Behandlung aktuelle ICD-Version gilt
² obligatorische Angabe bei operativen Leistungen
³ bitte ankreuzen
⁴ R (rechts), L (links) und B (beidseitig), soweit nicht bereits über ICD bestimmt

(Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Grün hinterlegte Felder nur bei Relevanz ausfüllen; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden)

Leistungen nach GOÄ

Datum	Uhrzeit/ Dauer ¹	Präfix ²	GOÄ-Nr.	Anzahl	Faktor- Grund ³	Faktor ⁴	Minderung ⁵	Legendentext/ggf. Begründung	lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Betrag EUR
Gesamtbetrag GOÄ-Leistungen EUR										

¹ sofern im Legendentext explizit gefordert
² wenn entsprechende Leistung vorliegt: „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „F“: Leistung zur Früherkennung, „A“: analog nach GOÄ berechnete Leistung
³ Grund für die Abweichung vom Gebührensatz: „HV“ für Honorarvereinbarung; „BT“ für Basistarif; „ST“ für Standardtarif; „NT“ für Notlagentarif; „AB“ für Allgemeine Bestimmung (in Begründung AB angeben)
⁴ Faktor, mit dem der Gebührensatz multipliziert wird
⁵ Minderung in % gem. § 6a

Sachkosten/Auslagen¹

Datum	PZN	Bezeichnung ²	Menge	Betrag EUR ³
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen in EUR				

¹ entfällt, wenn nicht berechnet
² Bezeichnung der Auslage, bei Arzneimitteln Wirkstoffname, bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M ist der Ort der Leistungserbringung anzugeben
³ übersteigt der Betrag für eine Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg beizufügen

Wegegeld/Reiseentschädigung¹

Datum	Entfernung (km) ²	Verkehrsmittel	Nachtbesuch ³	Abwesenheit (Stunden)	Übernachtungs- kosten EUR	Betrag EUR
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung EUR						

¹ entfällt, wenn nicht berechnet
² bis zu 25 km: Wegegeld; über 25 km: Reiseentschädigung
³ bitte ankreuzen

Gesamtrechnungsbetrag

	EUR
--	-----

Diese Rechnung ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.

(Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Grün hinterlegte Felder nur bei Relevanz ausfüllen; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden)