Patient
Name Vorname
Adresse

PLZ Ort

Praxisbriefkopf

Ort, Datum

ZSR-Nummer

Einzeltherapie
Gruppentherapie

Konsultationsgrund:
☐ Krankheit akut
☐ Krankheit chronisch
☐ Unfall
☐ Prävention

Geburtsdatum

Rechnungsnummer (fakultativ – je nach Praxisadministration)

Konsultationen:

Datum	Behandlungsmethode	Methoden Nr.	Zeit in Min.	Stundenansatz	Betrag
					Total

Datum	Abgegebene Heilmittel	Betrag
		Total

☐ Keine Heilmittelabgabe

Totalbetrag (Honorar und Heilmittel)

☐ Behandlung abgeschlossen
☐ Behandlung wird weitergeführt

Bankverbindung

(Dieses Beispielformular weist nur die erforderlichen Inhalte auf, das Layout bleibt dem Mitglied überlassen).