

Abrechn.-Monat/Jahr: ..... Therapeut/Arzt: .....

Chiffre-Nr. .... Pers.-Nr. ....

<b>Probatorische Sitzungen</b>			
Datum	Unterschrift Patient	Sitzungsdauer	Anzahl Abrechnung (50 Min. = 1 Einheit)
<b>Anzahl probatorische Sitzungen gesamt</b>			

<b>Ambulante Therapie</b>				
Datum	Unterschrift Patient	Sitzungsdauer	Anzahl Abrechnung (50 Min. = 1 Einheit)	Zuschlag KZT 1 (für die ersten 10 Sitzungen jeweils 1x)
<b>Anzahl ambulante Therapie gesamt</b>				

	Anzahl Einheiten	Betrag
<b>Summe probatorische Sitzungen gesamt à 42,30 €</b>		€
<b>Summe ambulante Therapie gesamt à 56,07 €</b>		€
<b>Summe Zuschlag KZT 1 gesamt à 8,41 €</b>		€
<b>Gesamtsumme</b>		€