1. Bitte eine Kopie der Rechnung beifügen.
2. Die Auszahlung des Ausfallshonorars erfolgt, sofern der Zahlungseingang des Patienten vorliegt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abrechn.-Monat/Jahr:** **Chiffre-Nr.**  |  | **Therapeut/Arzt:** **Pers.-Nr.**  |
| **Ausfall ambulante Therapie** |
| **Rechnungsdatum** | **IVPM-Rechnungs-Nr.** | **Anzahl** **Abrechnung** | **Rechnungsbetrag** | **Datum Zahlungseingang** **vom Patienten\*** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anzahl** | **Betrag** |
| **Summe ambulante Therapie gesamt à 30,00 €** |  |  **€** |
| **Gesamtsumme**  |  **€**  |

**\* interne Psychologen/Ärzte: Personalabteilung / externe Psychologen: Finanzbuchhaltung**