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**