

.....  
Ort, Datum der Ausstellung

.....  
Stampiglie der/des PsychotherapeutIn

PatientIn / Code

## Honorarnote Nr. .... für psychotherapeutische Behandlungen

PatientIn:

.....  
Familienname

.....  
Vorname

.....  
VSNR (Geburtsdatum)

Adresse:

.....  
.....

Versicherte/r:

(wenn Patient/in  
Angehörige/r)

.....  
Familienname

.....  
Vorname

.....  
VSNR (Geburtsdatum)

Diagnose:

.....  
.....

Behandlungs-  
methode:

.....  
.....

Sitzungen:

Einzel  Gruppe  Gespräch mit Angehörigen

Dauer je Sitzung ..... Minuten

Behandlungstage:

.....  
.....

.....  
Sitzungen à €

Gesamtbetrag €

\_\_\_\_\_ umsatzsteuerbefreit gemäß § 6 Abs. 1Z 19 Ustg.

Betrag dankend erhalten

Zahlschein ausgefolgt

Überweisung auf:

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Stampiglie und unterschift der/des PsychotherapeutIn

am: .....

Anweisungen des Kostenzuschusses/-ersatzes an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Bank: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Adresse

.....  
Unterschift der/des PatientIn

