

Ort, Datum der Ausstellung

Stampiglie der/des PsychotherapeutIn

PatientIn / Code

# Honorarnote Nr. ....

## für psychotherapeutische Behandlungen

PatientIn:

Familienname

Vorname

VSNR (Geburtsdatum)

Adresse:

Versicherte/r:  
(wenn PatientIn  
Angehörige/r)

Familienname

Vorname

VSNR (Geburtsdatum)

Diagnose:

Behandlungs-  
methode:

Sitzungen:

Einzel  Gruppe

nach mit Angehörigen

Dauer je Sitzung ..... Minuten

Behandlungstage:

..... Sitzungen à € \_\_\_\_\_

Gesamtbetrag € \_\_\_\_\_

umsatzsteuerbefreit gemäß  
§ 6 Abs. 1 Z 19 UStG

Betrag dankend erhalten

Zahlschein ausgefolgt

Überweisung auf: .....

BIC

.....

IBAN

am: .....

Stampiglie und Unterschrift der/des PsychotherapeutIn

Anweisung des Kostenzuschusses/-ersatzes an:

Bank .....

BIC: .....

IBAN: .....

Unterschrift der/des PatientIn

Adresse

Zutreffendes bitte ankreuzen

Gedruckt im Auftrag von:



**ÖBVP**

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie