

Ort, Datum

PatientIn / Code

UID-Nummer:

Stampiglie der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

HONORARNOTE

NR.

für psychotherapeutische Behandlungen

PatientIn:

Familiennamen

Vorname

VSNR (Geburtsdatum)

Versicherte/r:
(wenn PatientIn
Angehörige/r)

Familiennamen

Vorname

VSNR (Geburtsdatum)

Adresse:

Diagnose:

Behandlungsmethode:

Sitzungen:

Einzel

Gruppe

Dauer je Sitzung Minuten

Behandlungstage:

Sitzungen

à €

Gesamtbetrag

= €

Umsatzsteuerfrei gem. §6 Abs.1 Z19 UStG

bar erhalten

Zahlschein ausgefolgt

Überweisung auf

BIC

IBAN

Ort, Datum

Stampiglie der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

Anweisung des Kostenzuschusses/-ersatzes an

BIC:

IBAN:

Adresse:

Unterschrift der/des Versicherten

Zutreffendes bitte ankreuzen