

Krankenkasse: IKK Hamburg		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

An
Fa. DDG GmbH
Rechnungs- und
Abrechnungsstelle der
IKK Hamburg
45120 Essen

Gültig ab 1. Quartal 2009

Abr. Quartal	Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte in Blockschrift)

Abrechnungsschein Vertragsarzt/ Integrierte Versorgung

Leistungsposition/Betrag	SNR	Datum	Gesamt-betrag
Anthroposophische Erstbehandlung - 96,60 € (Mindestdauer 60 Minuten), max. 1 x pro Jahr abrechenbar*	920570		
Anthroposophische Folgebehandlung - 48,30 € (Mindestdauer 30 Minuten), max. 3 x pro Jahr abrechenbar	920571		
Anthroposophische Beratung - 10,50 € (Mindestdauer 7 Minuten), max. 4 x pro Quartal abrechenbar	920572		
	920572		
	920572		
	920572		
Kommunikation mit dem Therapeuten - 12,60 € , max. 2 x pro Behandlungszyklus abrechenbar	920573		
	920573		
Behandlungskomplex Anthroposophische Medizin bei schweren Erkrankungen - 52,50 € max. 2 x pro Quartal	920574		
	920574		
	Gesamtbetrag		

Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)

Bitte die Diagnosen gut lesbar (Druckschrift) und Qualifizierung (Q) sowie Lokalisation (L) eintragen (siehe Legende)!

3-5-stellige ICD Diagnose					Q	L
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Legende:

Qualifizierung

G = gesichert
V = Verdacht auf
Z = Zustand nach
A = Ausschluss

Lokalisation

L = links
R = rechts
B = beidseitig

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über EBM-Ziffern oder Privatliquidation abgerechnet habe. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Kontoinhaber															
Kreditinstitut															
Kontonummer												BLZ			
IBAN															
BIC															

Ort, Datum, deutlicher Vertragsarztstempel und Unterschrift

*Nicht im Vertretungsfall abrechenbar