



Abrechnungsformular Therapie Aktiv  
für berechtigte Wahlärzte ohne elektronische Abrechnung

ÖGK			Andere Kostenträger	Erwerbstätig, 1 Arbeitslos, selbstversichert	Pensionist (in) 5		
-----	--	--	---------------------	--	-------------------	--	--

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen

**Patient(in):**

Familienname

Vorname

**Versicherungsnummer**

**Anschrift**

Straße, Nummer, PLZ, Ort

**Beschäftigt bei**

Dienstgeber(in), Dienstort

**Versicherte(r) (nur auszufüllen, wenn PatientIn ein(e) Angehörige(r) ist)**

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Abrechnungsdaten:**

Abrechnungszeitraum

Leistungsdatum

Position

Bezeichnung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DMP 1

Erstbetreuung

zutreffendes bitte ankreuzen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DMP 2

laufende Betreuung

zutreffendes bitte ankreuzen