

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Finanzwesen  
Keßlerstr. 1  
76185 Karlsruhe

Fax 0711 7875-483910  
E-Mail: aerztebuchhaltung@kvbawue.de

**Absender/Stempel**

## Monatliche Information

### über geleistete Therapiestunden zur Festlegung der Abschlagszahlung

Im Monat \_\_\_\_\_ habe ich folgende genehmigte Therapien erbracht:  
(hier die Anzahl der erbrachten Leistungen aller Kostenträger eintragen)

	EBM-Nummern	Bewertung in Euro	Anzahl erbrachter Leistungen	Angeforderter Betrag (Bewertung x Anzahl)
1.	35111	25,11		
2.	35130	29,11		
3.	35131	58,33		
4.	35140	53,36		
5.	35141	19,48		
6.	35150	67,21		
7.	35151, 35152	45,56		
8.	35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425	91,02		
9.	35503, 35513, 35523, 35533, 35543, 35553	90,48		
10.	35504, 35514, 35524, 35534, 35544, 35554	76,19		
11.	35505, 35515, 35525, 35535, 35545, 35555	67,75		
12.	35506, 35516, 35526, 35536, 35546, 35556	62,01		
13.	35507, 35517, 35527, 35537, 35547, 35557	57,90		
14.	35508, 35518, 35528, 35538, 35548, 35558	54,87		
15.	35509, 35519, 35529, 35539, 35549, 35559	52,49		
<b>Angeforderter Betrag gesamt</b>				

Hinweis: Bei der Meldung werden 75 % des Nettobetrages im Voraus vergütet.

Ich versichere, dass die o. a. Leistungen ordnungsgemäß, vollständig und persönlich von mir erbracht worden sind.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Bitte legen Sie – um einen schnellen Ablauf zu gewährleisten – dieses Formular am Quartalsende nicht Ihrer Abrechnung bei.