
Ort, Datum der Ausstellung

Stampiglie der/des PsychotherapeutIn

PatientIn / Code

UID-Nummer: -----

Honorarnote Nr.

für psychotherapeutische Behandlungen

PatientIn: -----
Familiename Vorname VSNR (Geburtsdatum)

Adresse: -----

Versicherte/r: -----
(wenn PatientIn Angehörige/r) Familiename Vorname VSNR (Geburtsdatum)

Diagnose: -----

Behandlungsmethode: -----

Sitzungen: Einzel Gruppe Gespräch mit Angehörigen Dauer je Sitzung Minuten

Behandlungstage: -----

..... Sitzungen à € _____

Gesamtbetrag € _____ umsatzsteuerbefreit gemäß § 6 Abs. 1 Z 19 UStG

Überweisung auf: IBAN ----- BIC -----

Zahlschein ausgefolgt

Betrag dankend erhalten

am: -----

Stampiglie und Unterschrift der/des PsychotherapeutIn

Anweisung des Kostenzuschusses/-ersatzes an:

Bank -----

IBAN: -----

BIC: -----

Adresse

Zutreffendes bitte ankreuzen

Gedruckt im Auftrag von:



Unterschrift der/des PatientIn