

Krankenversicherungsnummer

Anforderung der Vergütung für Suchtnachsorgeleistungen

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name und Anschrift der Nachsorgeeinrichtung
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner, Telefon, Telefax, E-Mail

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)			

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versicherte / der Versicherte hat an den folgenden Tagen an den im **Rahmen der Suchtnachsorge** durchgeführten Einzelgesprächen und / oder Gruppengesprächen teilgenommen.

Teilnahmebestätigung

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten

Krankenversichertennummer

noch Teilnahmebestätigung

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten

Lfd. Nr.	Datum	EG	GG	BG	Unterschrift der / des Versicherten
Summe:					

EG = Einzelgespräch (Mindestdauer 50 Minuten)
 GG = Gruppengespräch (Mindestdauer 100 Minuten)
 BG = Gespräche mit Bezugspersonen

Abrechnung

IK-Nr.

Anzahl der Gespräche	X	Kostensatz	=	Rechnungsbetrag
----------------------	---	------------	---	-----------------

Wir bitten, den Betrag auf folgendes Konto des Trägers der Nachsorgeeinrichtung zu überweisen (nur angeben, wenn keine IK-Nr. vorhanden):

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaber / Kontoinhaber	

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift Leiterin / Leiter der Nachsorgeeinrichtung