

Tarmed Rechnung

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Rechnungssteller

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person) _____

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

im Auftrag von _____

Abrechnung

NIF (wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

| Leistungsdatum | Tarifziffer | Sitzung | Anzahl | Betrag in CHF |
|----------------|-------------|---------|--------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Neuropsychologische Gutachten können nach Tarif für neuropsychologische Leistungen abgerechnet werden.

Total in CHF _____

Bemerkungen/Ergänzungen/Begründung für vermehrten Aufwand

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

Visum der IV-Stelle: