Klient/in

Name	
Adresse	
Geburtsdatum	

Therapeut/in

Name	
Adresse	
ZSR-Nr.*	

☐ **Prävention** ☐ **Beschwerde / Krankheit** ☐ **Unfall**

☐ **Einzeltherapie** ☐ **Gruppentherapie**

Honorarrechnung

Rechnungsdatum _____

Behandlung

Datum	**Behandlungsmethode**	**Methoden-Nr.**	**Zeitaufwand** (Min.)	**Stundenansatz**	**Betrag**
				Total	

☐ **Behandlung abgeschlossen**

☐ **Behandlung dauert noch ca. _____ Sitzungen**

Heilmittel

Datum	**Bezeichnung und Hersteller des Heilmittels**	**Rezept** (Dosis und Dauer)	**Betrag**
		Total	

Bank-/Postverbindung des Rechnungsstellers: _____

Totalbetrag
(Behandlung + Heilmittel)

** Diese ZSR-Nummer hat keine Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung zur Folge und ersetzt keine allfällig bestehende ZSR-Nummer.*