

**Klient/in**

Name	
Adresse	
Geburtsdatum	

Prävention     Beschwerde / Krankheit     Unfall

**Therapeut/in\*\***

Name	
Adresse	
ZSR-Nr.*	

Einzeltherapie     Gruppentherapie

**Honorarrechnung**

Rechnungsdatum \_\_\_\_\_

**Behandlung**

Datum	Behandlungsmethode	Methoden-Nr.	Zeitaufwand (Min.)	Stundensatz	Betrag
<b>Total</b>					

Behandlung abgeschlossen  
 Behandlung dauert noch ca. \_\_\_\_ Sitzungen

**Heilmittel**

Datum	Bezeichnung und Hersteller des Heilmittels	Rezept (Dosis und Dauer)	Betrag
<b>Total</b>			

Bank-/Postverbindung des Rechnungsstellers: \_\_\_\_\_

**Totalbetrag  
(Behandlung + Heilmittel)**

--

Unterschrift des behandelnden Therapeuten\*\*:

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

\*\* Der Therapeut / die Therapeutin bestätigt, dass er / sie alle in dieser Honorarrechnung aufgeführten Behandlungen persönlich erbracht hat.