

**OEG-Trauma-Netzwerk
Rechnungsvordruck**

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales	Datum
---	-------

OEG-Trauma-Netzwerk

Ihr Aktenzeichen:

hier: Rechnungsnummer

Angaben zum/zur Geschädigten	
Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
OEG-Aktenzeichen:	

Rechnung über¹ (zutreffendes bitte ankreuzen):		Anzahl		Summe	
<input type="checkbox"/>	Fallpauschale		=		€
<input type="checkbox"/>	therapeutische Behandlung (1.-5./8. Sitzung)		=		€
<input type="checkbox"/>	Akuttherapie (6.-15./9.-18. Sitzung)		=		€
<input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung		=		€
Summe			=		€

Sitzungstermine² (tt.mm.jjjj):	

wenn nötig, Kostenzusage des HAVS ist zuvor erfolgt mit Schreiben vom

Zu zahlen an:	
Leistungserbringer	
Bank	
BIC	
IBAN	
Verwendungszweck	

Klinikstempel; Datum/Unterschrift

¹ Eine Umsatzsteuerpflicht nach dem Umsatzsteuergesetz (UStG) für die hier in Rechnung gestellten Leistungen besteht seitens des Rechnungsstellers (Gläubigers) nicht.

² Ohne eine Angabe der Sitzungstermine kann keine Kostenerstattung erfolgen.