

**Traumatherapie-Netzwerk Hessen
Rechnungsvordruck**

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

Traumatherapie-Netzwerk Hessen

Ihr Aktenzeichen:

hier: Rechnungsnummer

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

Rechnung über ¹ (zutreffendes bitte ankreuzen):			Anzahl		Summe	
☐	Fallpauschale	129,97 €	00	=	00,00	€
☐	therapeutische Behandlung (1.-5./8. Sitzung)	154,24 €	00	=	00,00	€
☐	Akuttherapie (6.-15./9.-18. Sitzung)	154,24 €	00	=	00,00	€
☐	Nachuntersuchung	194,23 €	00	=	00,00	€
			Summe	=	00,00	€

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.