Arztnummer oder Arztstempel:

Erfassungsblatt für Abrechnungen von Arztleistungen

Ärztliche Verrechnungsstelle Wiesbaden GmbH • Bahnstraße 7 • 65205 Wiesbaden

Name: ______________________

Vorname: ______________________

Geb.-Datum: ______________________

Hauptversicherter: ______________________

Straße: ______________________

PLZ/Ort: ______________________

Kasse: ______________________

ambulant ❑

stationär ❑ von __________ bis __________

Diagnose: ______________________

Faktor: __________

Begründung: ______________________

Datum	Leistungsziffer	Faktor		Datum	Leistungsziffer	Faktor

✂ -

Arztnummer oder Arztstempel:

Erfassungsblatt für Abrechnungen von Arztleistungen

Ärztliche Verrechnungsstelle Wiesbaden GmbH • Bahnstraße 7 • 65205 Wiesbaden

Name: ______________________

Vorname: ______________________

Geb.-Datum: ______________________

Hauptversicherter: ______________________

Straße: ______________________

PLZ/Ort: ______________________

Kasse: ______________________

ambulant ❑

stationär ❑ von __________ bis __________

Diagnose: ______________________

Faktor: __________

Begründung: ______________________

Datum	Leistungsziffer	Faktor		Datum	Leistungsziffer	Faktor