

Rechnungsformular GROUPE MUTUEL

Name und Adresse des Therapeuten	Name / Vorname / Adresse / Geburtsdatum / Versicherten-Nr.
ASCA ZSR-Nr.	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Ästhetik

Honorarrechnung

Rechnungsdatum :

Datum	Behandlungsmethode.	Nr	Art der Erkrankung Behandelte Körperpartie	Stunden- ansatz	Zeitaufwand	Betrag

Heilmittel (nur für Naturärzte und Heilpraktiker)

Datum	Bezeichnung des Heilmittels	Rezept (Dosis x Dauer)	Betrag
			Total
			Total

+

Bar erhalten, Datum :

Unterschrift :