

Dr.<sup>in</sup> Magdalena Musterfrau  
Ärztin für Allgemeinmedizin  
Musterstraße 1, 1010 Wien  
Tel.: 01 / 123 45 67  
VPNR: 123456

**Patient:**  
Herr  
Moritz Mustermann  
Mustergasse 42  
1230 Wien  
VSNR: 1234 567899

**Versicherter:**  
Herr  
Maximilian Mustermann  
Mustergasse 42  
1230 Wien  
VSNR: 1234 567875

**Honorarnote Nr.: 10/2021**

**Datum:** 01.01.2021

Behandlung am **01.01.2021**

Anz.	Pos.	Text	Betrag
1	ORD	Erst- und Zweitordination	€ 10,00
1	90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache	€ 5,00
1	17	Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal	€ 5,00
1	40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion)	€ 10,00
2	30	Intraarticuläre Injektion in ein großes Gelenk	€ 15,00

**Diagnosen**

akute Sinusitis, Gonarthrose

Summe Netto € 45,00  
10% USt € 0,00  
20% USt € 0,00

**Summe Brutto** € 45,00

Betrag dankend erhalten

**Behandler:** Dr.<sup>in</sup> Magdalena Musterfrau

~ Stempel & Unterschrift ~

~ Bankverbindung des Behandlers ~

**Antrag auf Kostenerstattung**

Ich bestätige mit meiner eigenhändigen Unterschrift, dass ich die übermittelten Belege bei keinem anderen Krankenversicherungsträger zur Kostenerstattung eingereicht und den Rechnungsbetrag bezahlt habe. Ergibt eine allfällige nachträgliche Überprüfung, dass die Kostenerstattung/der Kostenzuschuss zu Unrecht geleistet wurde, so ist diese/r umgehend den zuständigen Krankenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ersuche um Refundierung der oben angeführten Leistungen auf das folgende Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_