

Max Mustermann

Beispielstraße 1/2/3
1010 Wien

SVNr: 0001 010120
Kasse: SVA

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER

Dr. med.univ. Beate Musterfrau

Beispielgasse 3/2
1010 Wien

www.meinfacharzt.wien

Zahlungsart: Bar

BEHANDLUNGSDATUM

Rechnungs-Nr: 0032431525

Wien, am 25.02.2018

Diagnose: Myopie, Astigmatismus, Presbyopie

Wir erlauben uns folgende Positionen in Rechnung zu stellen:

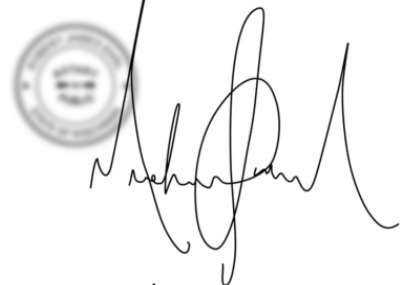
Datum	Leistung	DETAILLIERTE LEISTUNGSBESCHREIBUNG	PosNr
25.02.2018	Erste Ordination inkl eingehender Untersuchung		E12
25.02.2018	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache		TA
25.02.2018	Untersuchung mit dem Refraktometer		22a
25.02.2018	Brillenbestimmung bei Astigmatismus		22c
25.02.2018	Applanationstonometrie inkl Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig		22j
25.02.2018	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)		22i

Wir danken für Ihren Besuch.

ZAHLUNGSBESTÄTIGUNG

Betrag gesamt: 110 Euro

Betrag in bar dankend erhalten.



Antrag auf Kostenerstattung

Als Versicherter Ihrer Anstalt reiche ich obenstehende Privathonorarnote zur Kostenerstattung ein.
Ich beantrage die Überweisung des mir gebührenden Betrages auf mein Konto:

Kontoinhaber: Max Mustermann

VOLLSTÄNDIGER NAME

IBAN: AT02 2050 3021 0102 3600

IBAN

BIC: GIBAAWWDAS

Unterschrift Versicherter:

IHRE UNTERSCHRIFT