

**Hippotherapie
Einzelabrechnung**

Bitte 3fach
ausfertigen!

Quartal Monat Jahr

HippotherapeutIn

Familienname, Vorname

Versicherungsträger

PatientIn

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Familienname, Vorname | Versicherungsnummer |
|-----------------------|---------------------|

Versicherte/r

| | |
|-----------------------|---------------------|
| Familienname, Vorname | Versicherungsnummer |
|-----------------------|---------------------|

Angaben zum Bescheid und den dazu bereits durchgeführten Therapien

| Bescheid-Nummer | Bescheid-Datum | Anzahl | Monat/Quartal | Beleg-Nummer |
|-----------------|----------------|--------|---------------|--------------|
| SH- | | | | |

| Datum | Anzahl | Datum | Anzahl | Datum | Anzahl | Datum | Anzahl |
|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Abrechnung

| | | |
|---|--|--------|
| Gesamtzahl d. Therapiená €..... | Gesamtkosten exkl. Belastungsausgleich | €..... |
| Anteil des Krankenversicherungsträgers (=50% der Gesamtkosten) | | €..... |
| +3,4 % Belastungsausgleich | | €..... |
| | | €..... |
| Anteil des Landes OÖ (=50% der Gesamtkosten) | | €..... |
| eingehobener Kostenbeitrag nach dem OÖ. ChG -10% | | €..... |
| | | €..... |
| +3,4 % Belastungsausgleich *) | | €..... |
| | | €..... |
| *) von 50 % der Gesamtkosten des Landes OÖ | | €..... |

.....
Datum, Stempel und Unterschrift
VP-I