

1 LEd006 **Die einzige, richtigste und ehrlichste Abrechnungsmethode**
2 **ist und bleibt die minutengenaue und zweisprachig erstellte**
3 **Rechnung, die alle Patienten auch ohne Hochschulabschluss**
4 **verstehen können. Die Kopfdaten mit allen Details wie bisher**
5 **sind OK!**

6 **Beispiel Vorschlag**

7 **Rechnung Nr. 22222 vom 25.11.2018 Invoice No. 22222 from 25.11.2018**

8 Behandlung 15.11.2018	Min	Einheit	Fr.	Total Fr.	8 Treatment 15.11.2018	Min	Unit	Fr.	Total Fr.
9 Ab 11.15 bis 11.30	15	3.33		49.95	9 From 11.15 to 11.30	15	3.33		49.95
10 Diverse Bewegungen und Reaktionen testen. Mögli-					10 Test various movements and reactions. Possible				
11 cherweise Vorläufer eines Bandscheibenvorfalles. Im					11 precursor of a herniated disc. If necessary, rub				
12 Bedarfsfall mit Voltaren einreiben					12 with voltaren				
13 Voltaren	1	29.50		29.50	13 Voltaren	1	29.50		29.50

15 Behandlung 15.11.2018	Min	Einheit	Fr.	Total Fr.	15 Treatment 15.11.2018	Min	Unit	Fr.	Total Fr.
16 Ab 11.30 bis 12.02	32	3.33		149.95	16 From 11.30 to 12.02	15	3.33		149.95
17 Untersuchung auf Ihre Fahrtauglichkeit:					17 Examination on your driving ability:				
18 Vorgeschriebene Tests durchführen. Alle Tests bestan-					18 Perform prescribed tests. All tests passed. Fill in the				
19 den. Bericht an das Verkehrsamt ausfüllen und Ihnen					19 report to the Tourist Office and hand it over to you				

21 Behandlung 22.11.2018	Min	Einheit	Fr.	Total Fr.	21 Treatment 22.11.2018	Min	Unit	Fr.	Total Fr.
22 Mein Guthaben beträgt (Alles gerundet)				235.95	22 My balance is (all rounded)				235.95
23 davon kassenpflichtig			129.40		23 of which Kassenpflichtig			129.40	
24 davon nicht versichert			106.55		24 of which not insured			106.55	

26 Medikamenten-Rückgabe Anz	Einheit	Fr.	Total Fr.	26 Drug-return	Unit	Fr.	Total Fr.
27 Markexxxxxx Blister 50%	3	-6.75	-10.12	27 Xxxxxxxxxxxxxx Blister 50%	3	-6.75	-10.12

29 Gesetzliche Pflicht:	29 Legal duty:
30 Falls Sie für meine Leistungen Ihre Krankenkasse	30 If you want to claim your health insurance for my
31 beanspruchen wollen, müssen Sie folgenden Revers	31 services, you must sign the following lapel:
32 unterschreiben:	
33 Ich bestätige hiermit, dass die Behandlungszeiten und	33 I hereby certify that the treatment times and
34 Die Medikamentenbezüge den Tatsachen entspre-	34 medica tion refer to the facts.
35 chen.	

37 Ort und Datum _____	37 Place and date _____
38	
39	
40	
41 Unterschrift _____	41 Signature _____
42	

43 Ein frankiertes Couvert an Ihre Assura liegt bei	43 A stamped envelope to your Assura is enclosed
44 2 Einzahlungsscheine liegen bei	44 2 paying-in slips are enclosed
45 Zahlbar innert 30 Tagen	45 Payable within 30 days

46

47 **Für die Navigation zu anderen Seiten scrollen Sie bitte an das untere Seitenende**