

LEISTUNGEN

PATIENTENRECHNUNG PSYCHOTHERAPIE VVG.

Rechnungsdatum*

Rechnungs-Nr.*

LEISTUNGSERBRINGER/IN

Name*

GLN-Nr.*

ZSR-Nr.*

Strasse/Nr.

E-Mail

PLZ/Ort*

Telefon

PATIENT/IN

Vorname/Name*

Versicherten-Nr.

Strasse/Nr.

Vergütungsart

TG

PLZ/Ort*

Geschlecht*

männlich

weiblich

Geburtsdatum*

Gesetz

VVG

Behandlungsgrund

Unfalldatum

Besondere Bemerkungen (max. 350 Zeichen):

Datum*

Tarif*

Tarifziffer*

Beschreibung*

Anzahl*

Preis*

Betrag in CHF*

Gesamtbetrag in CHF

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch

