

## **Abrechnungsformular für Beratungstermine bei Kindern und Jugendlichen:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Pauschale 2** (7 bis 8 Jahre)                          50,00 €

**Pauschale 3** (9 bis 10 Jahre)                          50,00 €

**Pauschale 4** (16 bis 17 Jahre)                          50,00 €

wurde durchgeführt am: \_\_\_\_\_

Der Betrag in Höhe von 50,00 € wird der VIACTIV Krankenkasse in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Rechnungsstellers)

### **Bankverbindung**

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

IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_

BIC-Nr.: \_\_\_\_\_

**Nach Unterschrift bitte an VIACTIV Krankenkasse, Zentraler Posteingang,  
45064 Essen**