Hinweis zum Ausfüllen

**Eidgenössische Invalidenversicherung IV**

# Tarmed Rechnung (für elektronische Abrechung ungeeignet)

| IV-Stellennummer | Datum der Rechnung | Rechnungsnummer | Versicherten-Nummer (AHV) | Verfügungsnummer |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Versicherte(r): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort | Adresse der IV-Stelle | |
|---|---|---|
| Rechnungssteller(in): Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort | NIF | Leistungserbringer/-in EAN |
| | IBAN Bank oder Post | |
| | Inhaber Konto (falls nicht Rechnungssteller) | |

**Leistungen nach Tarif**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Datum** | Leistungsdatum | **Tarif** | Tarifcode | **TarZ** | Tarifziffer | **BezZ** | Bezugsziffer |
| **Si** | Sitzung | **Anz** | Anzahl | **TP AL** | Taxpunkte med. Leistung | **TPWAL** | Taxpunktwert med. L. |
| **TP TL** | Taxpunkte techn. Leistung | **TPWTL** | Taxpunktwert techn. L. | **Betrag** | Betrag pro Leistung | | |

| Datum | Tarif | TarZ | BezZ | Si | Anz | TP AL | TPWAL | TP TL | TPWTL | Betrag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| | | | | | | | | | | CHF |
| Total Leistungen: | | | | | | | | | | CHF |

**Medikamente**

| Datum | Anz | Bezeichnung | Betrag |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | Total Medikamente: | |

| | |
|---|---|
| Total Leistungen: | CHF |
| Total Medikamente: | CHF |
| **Gesamttotal:** | CHF |

**Visum der IV-Stelle (Datum, Unterschrift, Stempel)**

Diagnostik: _____

Bemerkungen: _____

Löschen Drucken