

# Tarmed Rechnung

Rechnungsdatum

---

**Versicherte Person**

Name, Vorname

---

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx)

---

Strasse, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

---

**Rechnungssteller**

Name, Vorname (falls nicht versicherte Person)

---

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen)

---

Strasse, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

---

**Abrechnung**

NIF (wird nach erster Rechnungsstellung zugeteilt)

---

Mitteilungs- / Verfügungsnummer

---

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

---

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller)

---

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber

---

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber

---

Leistungsdatum	Tarifcode	Tarifziffer	Sitzung	Anzahl	Betrag in CHF

Neuropsychologische Gutachten können nach Tarif für neuropsychologische Leistungen abgerechnet werden.

**Total in CHF**

---

Bemerkungen/Ergänzungen

---



---



---



---

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

Visum der IV-Stelle: