

**Bescheinigung für die Rückerstattung der Behandlungskosten für die  
Raucherentwöhnung**

<sup>1</sup>Bitte durch den Tabakologen/Arzt ausfüllen lassen:

Name des Patienten <sup>1</sup> :	
Vorname des Patienten <sup>1</sup>	
Geburtsdatum <sup>1</sup>	
Adresse <sup>1</sup> PLZ Ort	
Telefonnummer des Patienten	
IBAN-NR des Patienten	
BIC/SWIFT-Code des Patienten	
Beratungen <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Die Patientin ist schwanger*  *Schwangere Frauen erhalten für die erste bis achte Sitzung eine Rückerstattung von jeweils 30 EUR	<input type="checkbox"/> 1. Sitzung Rückerstattung 30 EUR <input type="checkbox"/> 2. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 3. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 4. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 5. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 6. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 7. Sitzung Rückerstattung 20 EUR* <input type="checkbox"/> 8. Sitzung Rückerstattung 20 EUR*
Höhe des Honorars <sup>1</sup>	

Hiermit bescheinige ich, Dr. .... eine Beratung zur  
Raucherentwöhnung beim o.e. Patienten durchgeführt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers

→ Bitte wenden

SEITE 1 VON 2