

Dr. Max Musterarzt, Musterstraße 1a, 12345 Musterstadt

Frau Maria Musterpatient
Musterweg 2b
12345 Musterstadt

Rechnungsdatum: 20.09.2019
Rechnungsnummer: xx/xxx
Patientennummer: xxxx

Sehr geehrte Patientin,

nachfolgend erhalten Sie eine Aufstellung mit den nach GOÄ erbrachten ärztlichen Leistungen.

Datum	Nr	Leistungsbezeichnung	Betrag	Steigerungssatz	Summe
25.08.2019	1	Beratung, auch telefonisch	4,66	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	8,74	2,3	20,10 €
	70	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung-	2,33	2,3	5,36 €
Rechnungsbetrag					36,18 €

Bitte überweisen Sie den ausstehenden Betrag unter Angabe der Rechnungsnummer bis zum 4. Oktober 2019 auf das nachfolgend angegebene Konto:

Bankverbindung

Mit freundlichen Grüßen
Doktor Max Mustermann