

# Meldung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen zur Festlegung von Abschlagszahlungen

KVWL  
Geschäftsbereich Finanzen  
Abt. Honorarbuchhaltung  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

**Betriebsstättennummer (BSNR):** \_\_\_\_\_

**Zeitraum der Leistungserbringung**  
(Angaben für Monat oder Quartal): \_\_\_\_\_

GNR	Häufigkeit
35100	
35110	
35111	
35112	
35113	
35120	
35130	
35131	
35140	
35141	
35142	
35150	
35151	
35152	
35401	
35402	

GNR	Häufigkeit
35405	
35411	
35412	
35415	
35421	
35422	
35425	
355_3	
355_4	
355_5	
355_6	
355_7	
355_8	
355_9	
88895	

**Telefonische Rückmeldung erwünscht?**      ja      nein

**unter Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post an die oben genannte Adresse oder per Fax an: 0231 / 94 32 8 30 30**

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!