**LIQUIDATION NR.** _____ **Datum** _____

Ich stelle meine Bemühungen im Zeitraum

vom _____ bis _____

in Höhe von € _____ in Rechnung.

**DIAGNOSE** _____

| Behandlungstag | Spezifikation nach GebüH |
| --- | --- |
| | |

MUSTER

© Richard Pflaum Verlag GmbH & Co. KG • Postfach 19 07 37, 80607 München • Nachdruck verboten!