



**Praxisbezeichnung**  
**Praxisinhaber**  
Heilpraktiker(in)

Anschrift

PLZ-Praxisort

Tel.: 0xxx/yyyyyy

Steuernummer: xxx/yyyy/zzzz

Frau Mustermann  
Musterstrasse 77  
12345 Musterstadt

Datum: tt.mm.jjjj

## Rechnung Nr. xxxx-xxxx

Sehr geehrte Frau Mustermann

Für meine Bemühungen erlaube ich mir Ihnen folgende Leistungen in Rechnung zu stellen:

### Diagnose

**(hier sollten noch die Ziffern des ICD-10 angegeben werden, das macht sich bei einer möglichen Erstattung durch private Krankenversicherungen meist bezahlt, beispielsweise):**

**Nacken-/Schulterverspannungen** (M79.18 Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]);

**div. Allergien** (L23.9 Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache);

**Histaminintoleranz** (T78.4 Allergie, nicht näher bezeichnet)

### Leistungen:

| <u>Datum</u>                  | <u>Ziffer</u> | <u>Leistung</u>  | <u>Betrag</u>   |
|-------------------------------|---------------|--|-----------------|
| xx.xx.xx                      | 1             | Erstuntersuchung   | 30,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 2             | Durchführung des vollständigen Krankenexamens                                  | 25,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 12.8          | Blutzuckeruntersuchung   | 5,00 €          |
| xx.xx.xx                      | 19.1          | Psychotherapie von halbstündlicher Dauer                                       | 30,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 21.1          | Akupunktur   | 30,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 27.3          | Setzen von Schröpfköpfen, unblutig   | 8,00 €          |
| xx.xx.xx                      | 35.2          | Osteopathische Behandlung des Schultergelenkes                                 | 15,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 35.3          | Osteopathische Behandlung Fußgelenke, Unter- und Oberschenkels und Handgelenke | 25,00 €         |
| xx.xx.xx                      | 35.4          | Osteopathische Behandlung des Schlüsselbeins und der Kniegelenke               | 15,00 €         |
|                               |               |  |                 |
| <b><u>Rechnungssumme:</u></b> |               |  | <b>183,00 €</b> |

Die Bezahlung ist unabhängig von einer eventuellen Erstattung und deren Höhe durch Ihre Private Krankenversicherung innerhalb von 14 Tagen an mich zu leisten.

nach § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz von der Umsatzsteuer befreit

Unterschrift

Stempel