



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

Anschrift  
PLZ-Praxisort  
Tel.: 0xxx/yyyyyy  
Steuernummer: xxx/yyyy/zzzz

Frau/Herr Musterfrau/Mustermann  
Musterstraße 77  
12345-Musterstadt

Datum: tt.mm.jjjj

### Rechnung Nr. xxxx-xxxx

Sehr geehrte/r Frau/Herr Musterfrau/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:

**(Leistungsziffern nach GebÜH bzw. analog GOÄ oder Hufelandverzeichnis)**

<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