

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Rechnungswesen  
Zum Hospitalgraben 8

**99425 Weimar**

FAX 03643 559-291

## R Ü C K M E L D U N G

### Erklärung zur Zahl der Behandlungsfälle

Ich versichere, dass im Monat ..... insgesamt

..... Behandlungsfälle in meiner Praxis eingegangen sind.

Mir ist bekannt, dass diese Meldung bis zum 3. Werktag des darauf folgenden Monats in der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vorliegen muss, da sonst **keine** Abschlagszahlung erfolgen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Vertragsarztstempel