

Honorarabrechnung Vertragsärzte / Vertragsärztinnen

Pers.-Nr.:

--	--	--	--	--

Name _____ Vorname _____

Monat / Jahr		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
	Stunden Vertragsarzt/-ärztin																															
	Uhrzeit	von																														
bis																																
	ggf. Stunden Arzthelferin 1																															
	Uhrzeit	von																														
bis																																
	ggf. Stunden Arzthelferin 2																															
	Uhrzeit	von																														
bis																																

Arbeitszeit Vertragsarzt/-ärztin gesamt:

Einsatzort(e):

Arbeitszeit Arzthelferinnen gesamt:

Monat / Jahr	Lohnart	Stunden	Betrag	Bezeichnung der Zulage
	2 A A			Honorar
	2 A B			Ausgleich für Arzthelferinneneinsatz
				Praxisausgleich

.....
Unterschrift Arzt / Ärztin

Für die Richtigkeit:

.....
Verwaltungsleitung Gesundheitsamt