Praxis ….
Dr. med. …..
12345 Musterstadt

Rechnung Nr.: ….
Datum: 20.05.2026

Patient:
Herr ….. 12345 Musterstadt

Leistungen nach GOÄ

Nr.	Leistung	Faktor	Betrag
1	Beratung, auch telefonisch (kurz)	2,3	10,72
5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	10,72
375	Schutzimpfung (intramuskulär)	2,3	10,72
76	Reiseimpfberatung (analog)	2,3	20,11

Impfstoff

Position	Beschreibung	Betrag
1	Gelbfieber-Impfstoff	75,00

Gesamtbetrag

	Betrag
Summe GOÄ - Leistungen	52,27
Impfstoff	75,00
Gesamtbetrag	**127,27**

Zahlungsbedingungen

Bitte Überweisen Sie den Rechnungsbetrag innerhalb von 14 Tagen ohne Abzug.

Bankverbindung:
IBAN: DE00 0000 0000 0000 0000 00
BIC: ABCDDEFFXXX

Hinweise

- Reiseimpfungen sind in der Regel Privatleistungen und werden von gesetzlichen Krankenkassen oft nur freiwillig erstattet.
- Bitte reichen Sie die Rechnung bei Ihrer Krankenversicherung ein.