



30175 Hannover - Ferdinandstraße 7  
 Telefon (05 11) 3 18 07 77  
 Telefax (05 11) 3 48 10 15

PRIMADATA GMBH · Ferdinandstraße 7 · 30175 Hannover

Herrn  
 Rainer Mustermann  
 Fritz-Reuter-Str. 19  
 30175 Hannover

Arzt

## Liquidation

Prof. Dr. Rainer Testmann  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Ferdinandstraße 7

30175 Hannover

Rechnungsnummer: 9990030250  
 Patient: Mustermann, Rainer

Entlasten Sie bitte Ihren Arzt: Fragen zur Abrechnung richten Sie an PRIMADATA. Bei allen Zuschriften bitte unbedingt Rechnungsnummer angeben!

Rechnungsnummer: 9990030250 Betrag: 394.73 Datum: 11.03.2010 Zahlung erbeten bis: 15.04.2010

Behandlungstag	GOÄ-Nr.	Leistungsbezeichnungen (gekürzt für EDV)	Anzahl	Faktor	Gesamtbetrag
03.03.10	1	Beratung	1	2.300	10.72
	375	Schutzimpfung, intramuskulär, subkutan	1	2.300	10.72
		Auslagen gem. §10 GOÄ für : Begrivac	1	1.000	29.67
04.03.10	250	Venen-Blutentnahme	1	1.800	4.20
	3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	1	1.150	3.35
	3592	(H1) Gamma-Glutanyltranspeptidase (Gamma-GT)	1	1.150	2.68
	3560	Glukose	1	1.150	2.68
	3562	(H1) Cholesterin	1	1.150	2.68
	3565	(H1) Triglyzeride	1	1.150	2.68
	3563	(H1) HDL-Cholesterin	1	1.150	2.68
	3583	(H1) Harnsäure	1	1.150	2.68
	3585	(H1) Kreatinin	1	1.150	2.68
	3550	Blutbild und Blutbildbestandteile	1	1.150	4.02
08.03.10	29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkenn.von Krankheiten b.Erwachsenen	1	2.300	58.99
	651	EKG in Ruhe, ggf. auch nach Belastg.9 Ableitg.	1	1.800	26.54
	605	Ruhe-spirographische Untersuchung	1	1.800	25.39
	605a	Flußvolumenkurve	1	1.800	14.69
	269a	Akupunktur, Schmerzbehandlung mind. 20 Minuten/Sitzung	1	2.300	46.92
09.03.10	269a	Akupunktur, Schmerzbehandlung mind. 20 Minuten/Sitzung	1	2.300	46.92
10.03.10	269a	Akupunktur, Schmerzbehandlung mind. 20 Minuten/Sitzung	1	2.300	46.92
11.03.10	269a	Akupunktur, Schmerzbehandlung mind. 20 Minuten/Sitzung	1	2.300	46.92
Rechnungsbetrag ( Umsatzsteuerfrei nach § 4 Nr. 14 bzw. Nr. 16 UStG ) EUR :					394.73
<p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,                  mit dem vorbereiteten Überweisungsformular gewährleisten Sie, dass Ihre                  Zahlung schnell und richtig gebucht wird. Sollten Sie einen anderen Über-                  weisungsweg wählen, geben Sie bitte immer die 10-stellige Rech.-Nr. an.</p>					
<p>Diagnose: Grippe-Schutzimpfung, chron.WS-Syndrom, Muskel-                  verspannungen, Hypercholesterinämie, Coxarthrose,                  Z.n.Osteotomie</p>					

Original



Name und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Begünstigter: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

PRIMADATA GmbH Hannover

Konto-Nr. des Begünstigten

66644307

Bankleitzahl

25010030

Kreditinstitut des Begünstigten

POSTBANK HANNOVER

EUR

Betrag: Euro, Cent

394.73

Kunden- bzw. Rechnungsnummer

0099900302506

Dieser Beleg wird maschinell verarbeitet.  
Zusätzliche Angaben sowie Änderungen der  
vordruckten Daten sind nicht möglich.

Kontoinhaber/Einzahler: Name (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

17

BZÜ

Datum, Unterschrift

Beleg für Kontoinhaber/Einzahler-Quittung

Name und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Begünstigter: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

PRIMADATA GmbH Hannover

Konto-Nr. des Begünstigten

66644307

Bankleitzahl

25010030

Kreditinstitut des Begünstigten

POSTBANK HANNOVER

EUR

Betrag: Euro, Cent

394.73

Kunden- bzw. Rechnungsnummer

0099900302506 Prof. Dr. R. Testmann 11.03.2010

Mustermann, Fritz-Reuter-Str. 19, 30175 Hannover

Kontoinhaber/Einzahler: Name (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

BZÜ

11

## Wichtige Hinweise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte benutzen Sie für Ihre Überweisung das obige, von uns weitgehend vorbereitete Überweisungsformular, das maschinell gelesen werden kann. Damit gewährleisten Sie, dass Ihre Zahlung schnell und richtig gebucht wird.

1. Der Überweisungsauftrag ist für alle Banken, Sparkassen und Postbanken gültig.
2. Die vordruckten Angaben bitte nicht ändern.
3. Bitte den Überweisungsauftrag unterschreiben und mit Ihrer Kto.-Nr. versehen.
4. Stellen Sie bitte nach Möglichkeit keinen Scheck aus.
5. Sollten Sie einen anderen Überweisungsweg wählen oder ein anderes Formular verwenden, dann geben Sie bitte Ihre Rechnungsnummer an und leiten Sie Ihre Überweisung auf eines unserer folgenden Konten:

Postbank Hannover,

Kto.: 666.44.307, BLZ 250.100.30

Dresdner Bank AG Hannover,

Kto.: 9120130.00, BLZ 250.800.20

Name und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Begünstigter: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

PRIMADATA GmbH Hannover

Konto-Nr. des Begünstigten

66644307

Bankleitzahl

25010030

Kreditinstitut des Begünstigten

POSTBANK HANNOVER

EUR

Betrag: Euro, Cent

Kunden- bzw. Rechnungsnummer

Dieser Beleg wird maschinell verarbeitet.  
Zusätzliche Angaben sowie Änderungen der  
vordruckten Daten sind nicht möglich.

Kontoinhaber/Einzahler: Name (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

17

BZÜ

Datum, Unterschrift

Beleg für Kontoinhaber/Einzahler-Quittung

Name und Sitz des Überweisenden Kreditinstituts

Bankleitzahl

Begünstigter: Name, Vorname/Firma (max. 27 Stellen)

PRIMADATA GmbH Hannover

Konto-Nr. des Begünstigten

66644307

Bankleitzahl

25010030

Kreditinstitut des Begünstigten

POSTBANK HANNOVER

EUR

Betrag: Euro, Cent

Kunden- bzw. Rechnungsnummer

Kontoinhaber/Einzahler: Name (max. 27 Stellen, keine Straßen- oder Postfachangaben)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

BZÜ

## Wichtige Hinweise

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte benutzen Sie für Ihre Überweisung das obige, von uns weitgehend vorbereitete Überweisungsformular, das maschinell gelesen werden kann. Damit gewährleisten Sie, dass Ihre Zahlung schnell und richtig gebucht wird.

1. Der Überweisungsauftrag ist für alle Banken, Sparkassen und Postbanken gültig.
2. Die vordruckten Angaben bitte nicht ändern.
3. Bitte den Überweisungsauftrag unterschreiben und mit Ihrer Kto.-Nr. versehen.
4. Stellen Sie bitte nach Möglichkeit keinen Scheck aus.
5. Sollten Sie einen anderen Überweisungsweg wählen oder ein anderes Formular verwenden, dann geben Sie bitte Ihre Rechnungsnummer an und leiten Sie Ihre Überweisung auf eines unserer folgenden Konten:

Postbank Hannover,  
Kto.: 666 44 307 BLZ 250 100 30

Dresdner Bank AG Hannover,  
Kto.: 912013000 BLZ 250 800 20