Zahlungspflichtiger/Name, Vorname | geb. am

Patient | ☐ Sohn ☐ Tochter ☐ Ehegatte | geb. am

Straße

PLZ, Wohnort des Zahlungspflichtigen

Rechnungsnummer | Prüfziffer | Mitgliedsnummer

Diagnose / ggf. ausführliche Begründung / Auslagen

Wegegeld (Radius): ______ km

Post B	KVB I-III	BG-Heilbehandlung Besondere	BG-Heilbehandlung Allgemeine	Student	Standard Tarif	Basis Tarif
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Stationäre Behandlung	Multiplikator	◄ Änderung
von: ____ bis: ____	ärztlich: ____ technisch: ____	

Visiten tgl. aufführen	Einbett-zimmer	Zweibett-zimmer	Mehrbett-zimmer	Konsilar-untersuchung	Stationäre Mitbehdlg.
	☐	☐	☐	☐	☐

Die einzelne Leistung wird nach der von Ihnen vorgegebenen Honoraranweisung abgerechnet. Abweichungen bitte deutlich kennzeichnen!

Jahr 20	Gebührenziffer / ggf. Begründung	Datum	Gebührenziffer / ggf. Begründung	Datum	Gebührenziffer / ggf. Begründung