Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten -Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zweifachausfertigung: 1 x Patient, 1 x Arzt

Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr

im Quartal ☐ ☐☐

Sehr geehrte(r) Patient(in),
gem. § 28 Abs. 4 SGB V haben Sie für meine Inanspruchnahme am ☐☐.☐☐.☐☐ eine Zuzahlung

☐ in bar, in meiner Praxis

☐ per Überweisung unter Angabe von **Namen** und **Quartal** als **Verwendungszweck**

auf mein Konto: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Bankleitzahl: ☐☐☐☐☐☐☐☐

bei Kreditinstitut: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

in Höhe von 10,- € zu leisten.
Ich möchte Sie bitten, Ihrer gesetzlichen Verpflichtung bis zum ☐☐.☐☐.☐☐ nachzukommen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt der Zahlungsaufforderung

_____
Datum und Unterschrift des Patienten

Hinweis:
Kommen Sie Ihrer Zahlungsverpflichtung nicht innerhalb der o. g. Frist nach, entstehen Ihnen weitere Kosten.

Vertragsstempel und Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten -Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zweifachausfertigung: 1 x Patient, 1 x Arzt

Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr

im Quartal ☐ ☐☐

Sehr geehrte(r) Patient(in),
gem. § 28 Abs. 4 SGB V haben Sie für meine Inanspruchnahme am ☐☐.☐☐.☐☐ eine Zuzahlung

☐ in bar, in meiner Praxis

☐ per Überweisung unter Angabe von **Namen** und **Quartal** als **Verwendungszweck**

auf mein Konto: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Bankleitzahl: ☐☐☐☐☐☐☐☐

bei Kreditinstitut: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

in Höhe von 10,- € zu leisten.
Ich möchte Sie bitten, Ihrer gesetzlichen Verpflichtung bis zum ☐☐.☐☐.☐☐ nachzukommen.

Hiermit bestätige ich den Erhalt der Zahlungsaufforderung

_____
Datum und Unterschrift des Patienten

Hinweis:
Kommen Sie Ihrer Zahlungsverpflichtung nicht innerhalb der o. g. Frist nach, entstehen Ihnen weitere Kosten.

Vertragsstempel und Unterschrift des Arztes