

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

Wurde der Name und das Geburtsdatum von uns richtig wiedergegeben? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, bitte berichtigen:
Name und Vorname des Versicherten Geburtsdatum

Hat ein Behandlungsausweis zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegen? ☐ ja ☐ nein

Name der Krankenkasse

Bei Kassenwechsel:
Name der neuen Krankenkasse

Bitte nur bei Angabe einer neuen Krankenkasse ausfüllen!

Behandlungstag	EBM-Nr.	Behandlungstag	EBM-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes