

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Abrechnungsschein

☐

ambulante
Behandlung

☐

bei belegärztl.
Behandlung

☐

Unfall
Unfallfolgen

☐

Abklärung somatischer Ursachen
vor Aufnahme einer Psychotherapie

☐

anerkannte
Psychotherapie

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

05BF

Quartal

Geschlecht

W

M

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Tag Mon.

Tag Mon.

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung
von bis

Tag

Monat

Tag

Monat

Ich bin bei der oben genannten
Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift

Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten