

Krankenhaus Zum guten Hirten
Semmelweisstr. 7, 67071 Ludwigshafen
Tel.: 0621/6819-201 IK: 260730138
Fax: 0621/6819-218

Zuzahlungsrechnung

Krankenhaus Zum guten Hirten • Semmelweisstr. 7 • 67071 Ludwigshafen

Herr
Andreas Hart
F.-J.-Ehrhart-Str. 1

67059 Ludwigshafen am Rhein

Aufn.-Nr.: 21305761 Abr.-Art: SPSY
Aufn.-Dat.: 19.12.2013 19:19 Aufn.-Art: N
Vers.-Nr.: B427880612 Vers.-Art: M
Entl.-Dat.: 20.12.2013 14:15 Entl.-Art: E

Aufnahmenummer Rechnungsdatum
21305761 07.01.2014
Belegnummer
310064
Bei Zahlung und Schriftverkehr bitte angeben.

Name : Hart, Andreas
Wohnort : F.-J.-Ehrhart-Str. 1, 67059 Ludwigshafen am Rhein
Geb.-Dat. : 06.02.1975

Datum :	Ziffer	Bezeichnung	Menge	Einheit/EUR	Gesamt/EUR
19.12.2013 - 20.12.2013	ZUZ	Zuzahlung alte Bundesländer	2	10,00	20,00
Rechnungsbetrag:				EUR	20,00

Sehr geehrter Herr Hart,

für die Zeit Ihrer Krankenhausbehandlung sind Sie nach § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, für max. 28 Tage kalendertäglich eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € zu leisten. Zu Beginn Ihrer Behandlung haben wir Sie auf diese gesetzliche Zuzahlungsverpflichtung in einem Merkblatt bereits hingewiesen.

Entsprechend der Dauer Ihrer Krankenhausbehandlung von 2 Kalendertagen sind Sie verpflichtet eine Zuzahlung von 20,00 € an das Krankenhaus zu leisten.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, diesen Betrag im Auftrag Ihrer Krankenkasse einzuziehen und an diese abzuführen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Verwaltung

Krankenhaus Zum guten Hirten
(Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und gilt auch ohne Unterschrift)

Die Nachberechnung von Leistungen sowie die Berichtigung bleiben vorbehalten.
Bitte überweisen Sie den Forderungsbetrag von: 20,00 EUR bis zum 21.01.2014
unter Angabe der Aufnahme- und Belegnummer 21305761 / 310064 an unten genannte Banken.

Bankverbindungen: Liga Bank e G

Konto: 56111

BLZ: 75090300

Krankenkasse bzw. Kostenträger

IKK Südwest

00051

Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

27

Name des Versicherten

Ha

An

F.

D.

Kass

93

Betr

49

Krankenkasse bzw. Kostenträger

IKK Südwest

00051

Name, Vorname des Versicherten

Hart

Andreas

geb. am

06.02.75

F.-J.-Ehrhart-Str. 1

D 67059 Ludwigshafen

06/14

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

9303301

B427880612

5000 1

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

498611000

368489301

07.01.14

Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

27

Belegarzt-
behandlung

Notfall

Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Angstzustände mit Panikattacken



49.86.110

Dr. Regina Will

Burgundenstr. 3

67059 Ludwigshafen

Tel. 0621 / 5728377

Fax: 0621 / 6834371

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am
(Tag)

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 2a/E (7.2003)
KBV-PRF.NR. Y/9/1301/24/243