

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