



Behandlungsschein

Vom Mitglied auszufüllen

<input style="width: 95%;" type="text"/> Name	<input style="width: 95%;" type="text"/> Sozialversicherungsnummer	
<input style="width: 25%;" type="text"/> Straße	<input style="width: 25%;" type="text"/> Ort	<input style="width: 50%;" type="text"/> Tel. Nr.
<input style="width: 95%;" type="text"/> Angehöriger	<input style="width: 95%;" type="text"/> Sozialversicherungsnummer	
<input style="width: 25%;" type="text"/> Verwandtschaftsverhältnis	Unfall (Zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Vom behandelnden Arzt auszufüllen (bitte in Blockbuchstaben)

Behandlungszeitraum	<input style="width: 95%;" type="text"/> am	<input style="width: 95%;" type="text"/> von	<input style="width: 95%;" type="text"/> bis				
Diagnose:							
Behandlungen (Bitte Behandlungsdaten Tag/Monat/Jahr anführen!)							
Datum	Pos.Nr./Leistung	Zahl	Betrag	Datum	Pos.Nr./Leistung	Zahl	Betrag
Summe 1				Summe 2			

Honorar für (fach)ärztliche Leistungen: Summe 1 + 2		
..... % Ausgleichsprozentsatz		
Gesamthonorar inkl. Ausgleichsprozentsatz		

Unterschrift des Mitgliedes

Die Unterschrift bestätigt die Angaben des Versicherten,
die ärztliche Leistung und die Anspruchsberechtigung des Erkrankten.

Datum, Stampiglie und Unterschrift des Arztes