Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten -Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

BKK Arztprivat

Abrechnungsmonat

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Tag	Mon.	GOÄ-Nrn.	GOÄ-Nrn.	Tag	Mon.	GOÄ-Nrn.	GOÄ-Nrn.