

Bitte die Kassenummer 72990 eingeben
Im Personalien Feld bitte die erforderlichen
Angaben machen mit PLZ

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Abrechnungsschein		05	
Kasse		<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> belegärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	Quartal 4 21
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie		<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie	Geschlecht W M
Name, Vorname		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen		Geb. Datum	
PLZ plus Adresse		I C D 1 0		Geb. Datum	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		T T M M J J	
01.10.2021					
Tag	Monat	Tag	Monat	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	
0 1	1 0	9 9	3 0 0	[][][][]	
M U S T E R				Stationäre belegärztliche Behandlung	
				von [][] [][] bis [][] [][]	
				Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.	
				Datum Unterschrift	
				Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten	
				Muster 5 (10.2014)	

Bitte die SNR 99300 mit ggf. Leistungsmulti und den ICD eingeben