



## Übersichtsblatt zur Krankenversicherung für ambulante Behandlungen

Polizzenummer				
Vor- und Zuname der versicherten Person		Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
Bankverbindung für Überweisung   IBAN		Institut		Kontoinhaber

Belegnummer bitte auf Beleg notieren	Ärztliche Verordnung ja/nein	Rechnungsaussteller Name Arzt/Behandler	Behandlung von/seit/am TT/MM/JJJJ	Behandlung bis TT/MM/JJJJ	Rechnungsbetrag in Euro	Vergütung Sozialversicherung in Euro	Diese Spalte bitte nicht beschreiben
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							