

# Übersichtsblatt zur Krankenversicherung für ambulante Behandlungen

Polizzenummer
---------------

## VERSICHERTE PERSON

Familienname, akad. Grad	Vorname	Geburtsdatum
Telefon	E-Mail	
Überweisung - Bankinstitut	IBAN	Kontoinhaber

Beleg Nr. Bitte auf Ihrem Beleg notieren!	Ärztliche Verordnung Ja / Nein J/N	Name des Arztes, Behandlers, Rechnungsausteller, etc.	Behandlung von/seit/am TT/MM/JJJJ	Behandlung bis / Datum TT/MM/JJJJ (kann auch entfallen)	Rechnungsbetrag EUR	Vergütung Sozialversicherung EUR (wenn voreingereicht)	Diese Spalte bitte nicht befüllen!
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							