

Krankenhaus:

Name, Vorname, Geburtsdatum PatientIn

Ich bestätige, das Merkblatt zur Aufklärung über die Zuzahlungsverpflichtung erhalten zu haben.

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu leistende Zuzahlung für Krankenhausbehandlung in Höhe von 10,00 € pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr zu Lasten meines Kontos

Kontoinhaber _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Bei einer Rücklastschrift ist das Krankenhaus berechtigt, zur Deckung des ihm hierdurch entstehenden Mehraufwandes einen Aufwendungsersatz in Höhe von 7,50 € pro Bearbeitung zu verlangen.

Ort/Datum

Unterschrift des/der PatientenIn

-
- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich bis zum Ende meines stationären Krankenhausaufenthaltes an das Krankenhaus entrichten.

Ort/Datum

Unterschrift des/der PatientenIn

-
- Ich erkläre hiermit, dass ich in diesem Jahr bereits stationäre Krankenhausbehandlungen/Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen und eine Zuzahlung in Höhe von € geleistet habe.

Ort/Datum

Unterschrift des/der PatientenIn

-
- Ich erkläre hiermit, dass ich von der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V befreit bin.

Ort/Datum

Unterschrift des/der PatientenIn