

Krankenhaus ...

Anschrift des Versicherten

Zahlungserinnerung für offene Zuzahlungen

Sehr geehrte/geehrter Frau/Herr,

für die Zeit Ihrer Krankenhausbehandlung sind Sie nach § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, kalendertäglich eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € zu leisten.

Mit Aushändigung eines Merkblattes am Beginn Ihrer Behandlung haben wir Sie auf diese Zuzahlungsverpflichtung hingewiesen und zur Zahlung aufgefordert.

Entsprechend der Dauer Ihrer Krankenhausbehandlung von Kalendertagen sind Sie verpflichtet eine Zuzahlung von (Kalendertage x 10,00 €)

..... €

an das Krankenhaus zu leisten.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, diesen Betrag im Auftrag Ihrer Krankenkasse einzuziehen.

Leider konnten wir bis zum heutigen Tage noch keinen Zahlungseingang feststellen. Bitte überweisen Sie den Betrag unter Angabe der... *[Patientennummer, etc.]*

bis zum

[als Fristende sind 2 Wochen nach Versand des Schreibens anzugeben!]

auf eines unserer Konten.

Haben Sie den Betrag zwischenzeitlich überwiesen, bitten wir, dieses Schreiben als gegenseitig als betrachten.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

(Anmerkung bei maschineller Erstellung kann folgender Zusatz angebracht werden:
„Dieses Merkblatt wurde maschinell erstellt, und gilt auch ohne Unterschrift“.
Anstelle der Unterschrift ist dann der Name des Krankenhauses zu setzen.)