

Informationsbogen Krankenkasse

Für Frau/Herrn _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

**Vor Übergabe an die
Krankenkasse vom Patienten in
Druckbuchstaben auszufüllen!**

Der Patient ist derzeit in Behandlung bei Frau/Herrn Dr. _____

von der Krankenkasse auszufüllen

Wird die gesamte Behandlung von der Krankenkasse übernommen?

ja

nein

Falls nein, welcher Teil der Behandlung wird von der Krankenkasse
übernommen? In welcher Höhe?

nicht übernommen?

Warum wird ein Teil der Behandlung nicht übernommen?

Wie hoch ist die Eigenbeteiligung?

Werden die ausstehenden Kosten bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (z.B. erfolgreiche
Beendigung der Behandlung, etc.) nachträglich übernommen?

ja

nein

Falls ja, unter welchen Voraussetzungen?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift i.V. der Krankenkasse