

Zuzahlungsblatt

Name, Vorn.:
Adresse:

Geburtsdatum:
Aufnahme-Nr.:
Aufnahmedatum:

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

Wasserburg, den
Ort / Datum

Unterschrift

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

Kreditinstitut _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wasserburg, den
Ort / Datum

Unterschrift

- Ich erkläre hiermit, daß ich in diesem Jahr bereits Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen und eine Zuzahlung von _____ geleistet habe.

Wasserburg, den
Ort / Datum

Unterschrift

Zahlungserinnerung am:	Zahlungseingang am:	weitere Bearbeitungsvermerke:
Unterschrift:	Unterschrift:	