

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Bethesda Krankenhaus Bergedorf  
gemeinnützige GmbH  
Herrn Neue  
Leitung Controlling  
Glindersweg 80  
21029 Hamburg**

**Fax: 040 / 72554 - 1002**

**Prä- / Poststationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)**

(Formulardownload unter: <https://klinik-bergedorf.de/aerzte/formulare>)

Gemäß Ihrer Beauftragung (mdl./Fax/Mail) der prästationären Behandlung vom \_\_\_\_\_ bzw. Ihrem Auftrag der Poststationären Behandlung im Entlassbrief vom \_\_\_\_\_ berechnen wir Ihnen für unsere ärztlichen Leistungen am \_\_\_\_\_ bei:

Patient/in (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	



	Prästationäre Behandlung	25,00 €
	Orthopädisch-Traumatologisch Poststationäre Behandlung *)	30,00 €
	Viszeralchirurgisch Poststationäre Behandlung *)	35,00 €

\*) von Ihnen beauftragte Maßnahmen zur Sicherung und Festigung des Behandlungserfolgs, wie Kontrolle der Operationswunde, Nahtmaterialentfernung, Verbandswechsel, Veranlassung von Kontrolluntersuchungen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Bank:** \_\_\_\_\_

**Kto-Nr.:** \_\_\_\_\_

**BLZ:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Praxis-Stempel:**

\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift