(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**BESTÄTIGUNG**

**e-card-Einsatzgebühr**

Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

leistet für die Behandlung aufgrund der fehlenden e-card für das \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_ einen Ersatz in der Höhe von € \_\_\_\_\_.

Sollte innerhalb von 2 Wochen die e-card nicht nachgereicht werden, wird der hinterlegte Einsatz auf das dann fällige Privathonorar angerechnet.

Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er diesbezüglich aufgeklärt wurde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Arztstempel und Unterschrift