

(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

MUSTERFORMULAR