

## Anlage 6:

### Rechnungssatz nach § 22 Absatz 2 KHG

(Zuzahlungen der Versicherten werden nicht durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sondern direkt durch die Krankenkasse eingezogen.)

## Absender:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

IK des Kostenträgers:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

## Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Internationales Länderkennzeichen: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.

<sup>2</sup> Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.

## Rechnungsdaten:

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_

Rechnungsart:  02 Schlussrechnung  04 Gutschrift/Storno

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

Rechnungsbetrag: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichendes IK für  
den Zahlungsweg: \_\_\_\_\_

## Rechnungspositionen: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Entgeltart: \_\_\_\_\_

Entgeltbetrag: \_\_\_\_\_

Abrechnung von: \_\_\_\_\_

Abrechnung bis: \_\_\_\_\_

Entgeltanzahl: \_\_\_\_\_

Anzahl Tage ohne Be-  
rechnung: \_\_\_\_\_

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterzeichner / Unterschrift