**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:[[1]](#footnote-1) |  |
| IK des Kostenträgers:[[2]](#footnote-2) |  |

**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: | |  | |

**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 Berechnung: |  |

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterzeichner / Unterschrift |

1. Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist. [↑](#footnote-ref-2)