

| | | |
|--|--|--|
| Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach dem Fünften Kapitel SGB XII , die nicht unter die Krankenversorgung nach § 264 SGB V fallen (Sozialhilfe) Nur gültig bei Vertragsärzten/-psychotherapeuten/MVZ/Ermächtigten im Freistaat Bayern Für die Leistungsgewährung gelten die Vorschriften der GKV entsprechend (einschließlich der Zuzahlungspflicht). | Behörde | * VKNR 1 2 3 4 5 |
| | Bearbeiter | * KT-Abrechnungsbereich 0 6 |
| | Telefon | * Versichertennummer (mind. 6, max. 12 Stellen, ausschließlich numerisch) 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| * gültig im Quartal ^{3/19} ggf. in diesem Quartal von ... bis ... | Ggf. weitere Informationen des Amtes: | |
| Behandlungsschein nur gültig in der Stadt/im Landkreis/ im Regierungsbezirk: <i>Musterlandkreis</i> | | |
| Patient: | | |
| Familienname, Vorname(n) <i>Mustermann, Max</i> | Geburtsdatum <i>01.01.2000</i> | * Geschlecht <i>weiblich</i> |
| Straße, Nr. <i>Musterstraße 22</i> | PLZ, Wohnort <i>12345 Musterstadt</i> | |
| Familienangehörige(r) von: Familienname, Vorname(n) | Geburtsdatum | |

Wichtige Hinweise für den Arzt/Psychotherapeuten:

Die **grau hinterlegten bzw. mit (*) markierten Felder** sind **Pflichtangaben** und **müssen bei Abrechnung** durch den Arzt/Psychotherapeuten **mit angegeben werden!**
Im Falle einer **Überweisung** des Patienten an einen Arzt eines anderen Fachgebiets oder einen Psychotherapeuten ist dem Überweisungsschein eine **Kopie dieses Krankenbehandlungsscheines** beizufügen.

| | |
|---|--|
| Datum / Stempel / Unterschrift der Behörde | Stempel / Unterschrift des Arztes/Psychotherapeuten |
|---|--|