

DATENBLATT FÜR MAHNUNG / KLAGE

NAME DES ARZTES:
FACHGEBIET:
ORDINATIONSADRESSE:.....
TELEFON / FAX / E-MAIL:
BANKVERBINDUNG:
IBAN: BIC:

PATIENT:

Vorname:.....
Zuname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon / Fax / E-Mail:

Bei mj. Patienten bitte die Daten des Erziehungsberechtigten anführen:

DATEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

Vorname:.....
Zuname:
Geburtsdatum:.....
Adresse:
Telefon/fax/E-Mail:.....

Kopie der Honorarnote (**bitte beilegen!**)

Datum der Honorarnote:.....

Zum heutigen Tage aushaftender Betrag:

(Teilzahlungen bereits abgezogen)

Allfällige mit dem Patienten getroffene Zahlungsvereinbarung:

.....
.....

Leistungsumfang (kurze Beschreibung der Tätigkeit bzw. Angabe, ob die Honorarnote auf Grund vom Patienten nicht eingehaltener Termine ausgestellt wurde).....

.....
.....
.....

jedenfalls Angabe allfälliger Teilzahlungen (Betrag und Datum):

.....
.....

Um Ausfüllung des Formulars in Blockbuchstaben wird höflichst ersucht!