Sie haben eine Krankentransportdienstleistung in Anspruch genommen. Gemäß § 61 S.1 SGB V beträgt die Zuzahlung des Versicherten je Krankentransport 10 % der anfallenden Kosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 € pro Fahrt..

|  |  |
| --- | --- |
| **Versicherter:** | {patientVorname} {patientNachname} |
| **Wohnort:** | {patientStrasse}, {patientPLZ} {patientStadt} |
| **Geburtsdatum:** | {patientGeburtstag} |
| **Versicherten Nr.:** | {patientVersichertenNr} |

| **Einsatz Nr.** | **Datum** | **Start/Ziel** | **Uhrzeit** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eigenanteil** | **MwSt** |

 |
| {#Fahrten}{einsatznummer} | {datum} |

|  |  |
| --- | --- |
| Start: | {startStrasse}, {startPLZ} {startStadt} |
| Ziel: | {zielStrasse}, {zielPLZ} {zielStadt} |

 |

|  |
| --- |
| {startZeit} |
| {endZeit} |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| {eigenanteil}€ | {mwst}%{preisMwSt}€ |

{/Fahrten} |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rechnungsbetrag Eigenanteil brutto:**Enthaltene MwSt gesamt: {rechnungsEaMwSt}€ |  | **{rechnungsEigenanteil} €** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MwSt** |  | **Summe** |
|  | {#EaDaten}{mwst} % | = | {preis}€{/EaDaten} |

Wegen einer evtl. Befreiung von der Zuzahlung zu den Transportkosten, wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Krankenkasse.

Wir bitten Sie, den obigen Rechnungsbetrag bis zum **{zahlungMahnDatum14}** zu überweisen.

Mit freundlichen Grüßen

{firmenInhaber}