{firmenName} – {firmenStrasse} – {firmenPLZ} {firmenStadt}

{patientVorname} {patientNachname}

{patientStrasse}

{patientPLZ} {patientStadt}

**1. MAHNUNG** {firmenStadt}, {rechnungsDatum}

**Eigenanteil - Rechnung Nr.** {rechnungsNr}

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben folgende Krankentransportdienstleistungen

{#Fahrten}{datum} **Start:** {startInstitution}, {startStrasse}, {startPLZ} {startStadt} **Ziel:** {zielInstitution}, {zielStrasse}, {zielPLZ} {zielStadt}

{/Fahrten}

für {patientVorname} {patientNachname}, \* {patientGeburtstag}, in Anspruch genommen. Ihr daraus resultierender Eigenanteil wurden Ihnen bereits in Rechnung gestellt, leider konnten wir bis zum heutigen Tag keinen Zahlungseingang feststellen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Einsatz** | **Datum** | **Positionen** | **Eigenanteil** |
| {#Fahrten}{einsatznummer} | {datum} |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| {#Tarife}{nummer} | {text} | {faktor} | {gesamtPreis} €{/Tarife} |

 | {eigenanteil} €{/Fahrten} |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rechnungsbetrag Eigenanteil |  | {rechnungsEigenanteil} € |
| {#mahnGebuehr}Mahngebühr |  | {mahnGebuehr} €{/mahnGebuehr} |
| {#zustellGebuehr}Zustellgebühr |  | {zustellGebuehr} €{/zustellGebuehr} |
| **Rechnungsbetrag gesamt** |  | **{rechnungsEaGebuehr} €** |

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

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

Mit freundlichen Grüßen

{firmenInhaber}