

# Beleg über die Zahlung der Praxisgebühr für das Quartal      /

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt- Nr.	VK gültig bis	Datum

**Die oben genannte Patientin / der Patient hat die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro für das oben genannte Quartal heute in meiner Praxis entrichtet.**

Ausstellungsdatum				

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
---