



**Besondere Versorgung
BARMER GEK, TK, LKK, AOK, BKK
Abrechnung**

An
Lubinus Clinicum
-Besondere Versorgung-
Steenbeker Weg 25
24106 Kiel

Rechnung

Datum _____

Patient:

geb. am:

wohnhaft:

Nr. Kasse/Vers. / /

Vertrag:

gepl./ OP-Datum:

Fall-Nr.: _____

Preise sowie die nicht gleichzeitig gegenüber der KV abrechenbaren Ziffern entnehmen Sie bitte der ab 01.01.2021 gültigen Übersicht

Bitte geben Sie den Zeitraum Ihrer Untersuchung an:

präoperativ

postoperativ Endoprothetik NU 3 Monate NU 1 Jahr NU 3 Jahre

Leistungs-Nummer: _____	Leistungs-Datum: _____	Betrag: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> €						
Leistungs-Nummer: _____	Leistungs-Datum: _____	Betrag: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> €						
Leistungs-Nummer: _____	Leistungs-Datum: _____	Betrag: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> €						
		Endbetrag: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> €						

Bitte überweisen Sie den angekreuzten Betrag auf unser Konto

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Stempel und
Unterschrift