

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

**Beleg  
über die Zuzahlung  
gemäß  
§ 28 IV SGB V  
für das Quartal**

99

|   |   |   |
|---|---|---|
| Q | J | J |
|---|---|---|

**Die oben genannte Patientin / der Patient  
hat die Zuzahlung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V  
in Höhe von 10 Euro  
für das oben genannte Quartal  
heute in meiner Praxis entrichtet**

Ausstellungsdatum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes