

**Krankenbehandlungsschein**

für die ärztliche Behandlung nach §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes

Grundlage der Behandlung ist der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen – Lippe und dem Land Nordrhein-Westfalen abgeschlossene Vertrag (GUGV-Asyl KV/Land) (Stand September 2015)

**Daten des/der Leistungsberechtigten:**

(auszufüllen durch die Einrichtungsleitung der UE)

Name, Vorname

M W

Geburtsdatum

**Abrechnender Arzt/Ärztin:**

Name, Vorname

Arztnummer (LANR)

STEMPEL

**Unterbringungseinrichtung und Anschrift**

Datum Unterschrift

□ □ □ □ □ □

Die Gültigkeit des Krankenbehandlungsscheines  
entspricht dem Abrechnungsquartal.

Tag/Monat

EBM-Ziffer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ □ □ □ □ □

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

□ □ □ □

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

Abrechnung nur über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung!

**Krankenbehandlungsschein**

für die ärztliche Behandlung nach §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes

Grundlage der Behandlung ist der zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen – Lippe und dem Land Nordrhein-Westfalen abgeschlossene Vertrag (GUGV-Asyl KV/Land) (Stand September 2015)

**Daten des/der Leistungsberechtigten:**

(auszufüllen durch die Einrichtungsleitung der UE)

Name, Vorname

M W

Geburtsdatum

**Abrechnender Arzt/Ärztin:**

Name, Vorname

Arztnummer (LANR)

STEMPEL

**Unterbringungseinrichtung und Anschrift**

Datum Unterschrift

□ □ □ □ □ □

Die Gültigkeit des Krankenbehandlungsscheines  
entspricht dem Abrechnungsquartal.

Tag/Monat

EBM-Ziffer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ □ □ □ □ □

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

□ □ □ □

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

Abrechnung nur über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung!