

DATENBLATT FÜR MAHNUNG / KLAGE

NAME DES **ARZTES**:

FACHGEBIET:

ORDINATIONSADRESSE:.....

TELEFON / FAX / E-MAIL:

BANKVERBINDUNG:

KONTONUMMER: BLZ:

PATIENT:

Vorname:.....

Zuname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / Fax / E-Mail:

Bei mj. Patienten bitte die Daten des Erziehungsberechtigten anführen:

DATEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:

Vorname:.....

Zuname:

Geburtsdatum:.....

Adresse:

Telefon/fax/E-Mail:.....

Kopie der Honorarnote (**bitte beilegen!**)

Datum der Honorarnote:.....

Zum heutigen Tage aushaftender Betrag:

(Teilzahlungen bereits abgezogen)

Allfällige mit dem Patienten getroffene Zahlungsvereinbarung:

.....
.....

Leistungsumfang (kurze Beschreibung der Tätigkeit bzw. Angabe, ob die Honorarnote auf Grund vom Patienten nicht eingehaltener Termine ausgestellt wurde).....

.....
.....
.....

jedenfalls Angabe allfälliger Teilzahlungen (Betrag und Datum):

.....
.....

Um Ausfüllung des Formulars in Blockbuchstaben wird höflichst ersucht!