

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse müssen Sie ab 1.1.2004 bei jedem ersten Praxisbesuch im Quartal 10 Euro bezahlen. Nutznießer dieses Betrages sind die Krankenkassen - nicht die Ärzte oder Krankenhäuser.

Ärzte/Psychotherapeuten/Krankenhäuser sind per Gesetz verpflichtet diese Gebühr für die Krankenkassen zu erheben - und zwar **vor Beginn Ihrer Behandlung**.

Generell gilt:

Suchen Sie die Notfallambulanz eines Krankenhauses **ohne Krankenhauseinweisungsschein** auf, müssen Sie 10 Euro zahlen, egal ob Sie die Gebühr bereits in einer anderen/m Praxis/Krankenhaus entrichtet haben.

Zehn Euro werden nicht fällig bei:

- bei Patienten unter 18 Jahren
- bei Behandlung mit Einweisung und anschließender stationärer Aufnahme
- Vorlage einer neu ausgestellten Zuzahlungsbefreiung. Alle bisher von den Krankenkassen ausgestellten Zuzahlungsbefreiungen verlieren zum 1.1.2004 ihre Gültigkeit.
- Privatpatienten
- andere Nachweise, die die Nichtzahlungspflicht begründen

Hinweis:

Auch wenn Sie Hilfe zum Lebensunterhalt empfangen, über nur ein niedriges Einkommen verfügen oder chronisch krank sind, müssen Sie die Praxisgebühr zahlen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte umgehend an Ihre Krankenkasse.

## Zahlungsweise

**Barzahlung:** Die Gebühr ist an der Kasse im Haus 22 einzuzahlen.  
Öffnungszeiten: Mo - Frei 8.30 - 12.30 Uhr

**Überweisung:** spätestens innerhalb von 10 Kalendertagen mit Angabe des Zahlungsgrundes **Praxisgebühr**, des Quartals und der Fallnummer (siehe oben) auf folgendes Konto  
Bank für Kirche und Diakonie  
BLZ 350 601 90  
Kontonr. 1560 143 016

Zahlungserinnerung erhalten  ja  nein

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

## Zahlungserinnerung

Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,

leider haben Sie die Praxisgebühr von 10 Euro, die wir nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen für die Krankenkassen einziehen müssen, noch nicht bezahlt.

Gemäß Bundesmantelvertrag/Ärzte sind wir verpflichtet, die Zahlung der Praxisgebühr bei Ihnen anzumahnen und Sie zu bitten, die

gesetzliche Zuzahlung	10,00 EUR
-----------------------	-----------

---

<b>zusammen:</b>	<b>10,00 EUR</b>
------------------	------------------

innerhalb von 10 Kalendertagen an unserer Kasse zu zahlen oder auf unser Konto zu überweisen.

Kontonr.:	BLZ:	bei:
1560 143 016	350 601 90	Bank für Kirche und Diakonie

Rein vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass bei Nichtzahlung gemäß Bundesmantelvertrag/Ärzte unsere Kassenärztliche Vereinigung Berlin ein weiteres Mahnverfahren und ggf. Vollstreckungsmaßnahmen durchführen muß. Dies wäre dann mit weiteren Kosten für Sie verbunden. Es liegt daher in Ihrem eigenen Interesse, die ausstehende Forderung innerhalb der genannten Frist nachzuzahlen. Sollten Sie die Forderung inzwischen beglichen haben, betrachten Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos.

Mit freundlichen Grüßen