

Beiblatt für das Quartal 20

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	1	Pensionist/in	5	Kriegshinter- bliebene/r	7		9
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!						Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r			Tag	Monat	Jahr
(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					

Anerkennung durch Kontrolle:

_____ Datum

*)	Bereitschaftsdienst	*)	Erkrankungsregelung
*)	Urlaubsregelung	*)	I. Hilfe

*) Zutreffendes anhaken!

Diagnose:

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Vertretung für

Dr. med. _____

1. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

2. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

3. Quartalsmonat															
Kal.-Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Pos.-Ziffer															
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.

Arztvermerke: Eventuelle andere Diagnose(n) zur Begründung der Sonderleistungen	Nicht vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen:
--	--

Erläuterung! Sonderleistungen sind durch Angabe der Pos.-Ziffer des Sonderleistungstarifes in der zutreffenden Datumspalte zu kennzeichnen.