

Patientenmanagement
Stationäre Abrechnung

Sachbearbeitung nach Patientennamen: 06151 107-

Buchstaben Aaa - Fal	Frau D. Tryjanowski	Tel.: -5205
Buchstaben Fam - Kat	Herr U. Geiss	Tel.: -5207
Buchstaben Kau - Nat	Frau K. Lau	Tel.: -5208
Buchstaben Nau - Sie	Herr S. Bellina	Tel.: -5217
Buchstaben Sif - Zz	Frau K. Baumann	Tel.: -5218

Telefax: 06151 107-5220

Stationäre Rechnung: rechnung@klinikum-darmstadt.de
Auskunft zu Befreiungsausweisen und Quittungen
Frau Appel (06151/107 - 5158)

Klinikum Darmstadt GmbH • Grafenstraße 9 • 64283 Darmstadt
IK: 260610019

**Herr
Schnaedelbach, Bernd
Am Elfengrund 47**

64297 Darmstadt

**Rechnung über Krankenzuzahlung
nach §§39 Abs.**

Aufn.-Nr.: 56239870	Abr.-Art: S
Aufn.-Dat.: 15.12.2016 08:07	Aufn.-Art: NOT
Vers.-Nr.: H502010827	Vers.-Art: M
Entl.-Dat.: 18.12.2016 09:30	Entl.-Art: E

Aufnahmenummer	Forderungsdatum
56239870	21.12.2016
Bei Zahlung und Schriftverkehr angeben	

Name : **Schnaedelbach, Bernd**
Wohnort : **Am Elfengrund 47, 64297 Darmstadt**
Geb.-Dat. : **20.04.1958**

Datum :	Ziffer	Bezeichnung	Menge	Einheit/EUR	Gesamt/EUR
15.12.2016 - 18.12.2016	ZUZ	Zuzahlung	4	10,00	40,00
Rechnungsbetrag: EUR					40,00

Sehr geehrter Herr Schnaedelbach,

am/in der Zeit vom 15.12.2016 bis 18.12.2016 sind Sie in unserem Krankenhaus vollstationär behandelt worden. Gemäß § 39 Abs. 4 SGB V sind Sie verpflichtet, eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr, zu leisten.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, diesen Betrag im Auftrag Ihrer Krankenkasse einzuziehen.

Bitte überweisen Sie den Betrag unter Angabe Ihrer Forderungs- und Aufnahmenummer bis zum 20.01.2017 auf u.a. Konto.
Leider sind wir verpflichtet, Sie über folgendes zu informieren:

Wenn der Betrag bis zu diesem Zeitpunkt nicht bei uns eingegangen ist, müssen Sie mit dem Erlass eines Leistungsbescheides rechnen, der gegebenenfalls auch mit Zwangsmitteln vollstreckt werden kann (§ 43b Abs. 3 S.3 und 5 SGB V iVm. § 43b Abs. 2 S.5 SGB V). Im Vorfeld dessen haben Sie die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme (§ 24 Abs. 1 SGB V).

Sollten Sie Einwendungen gegen die Zuzahlung haben, können Sie diese **schriftlich bis zum 20.01.2017** erheben.

Gründe, die Ihre Zuzahlungspflicht ganz oder teilweise entfallen lassen können, sind insbesondere:

- Überschreiten der 28-Tage Grenze (§ 39 Abs. 4 SGB V)
Sie haben in diesem Kalenderjahr bereits Zuzahlungen für Krankenhausaufenthaltsstage geleistet, mit der Folge, dass die maximale Zahl von 28 Tagen vor oder während Ihres aktuellen Aufenthalts überschritten wurde.
- Zuzahlungsbefreiung (§ 62 SGB V)
Sie sind wegen Überschreiten der jährlichen Belastungsgrenze für Zuzahlungen (2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei Chronikern max. 1 %) generell von Zuzahlungen befreit.

Bitte legen Sie Ihrer Stellungnahme Quittungen, Bescheinigungen u.ä. bei, mit denen Sie das Entfallen Ihrer Zuzahlungspflicht belegen können. Haben Sie den Betrag zwischenzeitlich überwiesen, bitten wir Sie, dieses Schreiben als gegenstandslos zu betrachten.

Mit freundlichen Grüßen

Klinikum Darmstadt GmbH
(Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und gilt auch ohne Unterschrift)
Die Nachberechnung von Leistungen sowie die Berichtigung bleiben vorbehalten.
Bitte überweisen Sie den Forderungsbetrag von: **40,00 EUR** bis zum **20.01.2017**
unter Angabe der Aufnahmenummer **56239870** an unten genannte Bank.

Sparkasse Darmstadt
IBAN: DE18 5085 0150 0000 5793 00
SWIFT-BIC: HELADEF1DAS

Geschäftsführer:
Prof. Dr. med. Steffen Gramminger
Clemens Maurer
Aufsichtsratsvorsitzender: André Schellenberg

Amtsgericht Darmstadt HRB Nr.: 88278
Steuernummer: 007 250 42264
USt-IdNr.: DE 266841914