

Erfassungsbogen Krankenfahrten Serie für IK-Nr.

Formular drucken

Formular zurücksetzen

| Taxifirma: <input type="text"/> | | Serienfahrt | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Zeitraum der Serie | <input type="text"/> | Tag der Beförderung | Hinfahrt | Rückfahrt | Besetzt-kilometer | Warte-Zeit min | Eigen-anteil € | Fahrpreis Inkl. EA | Positionsnummer | Unterschrift Versicherten |
| Krankenkasse | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Name, Vorname | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Versicherten Nr. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Stationär, ambulante OP, oder ambul. Behandlung | Stationär <input type="checkbox"/> ambul.OP <input type="checkbox"/> ambul.Behandl. <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Fahrtstrecke Abfahrt + PLZ, Straße, Ort | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Fahrtstrecke Ziel + PLZ, Straße, Ort | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Fahrtart | Zielfahrt <input type="checkbox"/> Rundfahrt <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| MwSt - Satz | 5 % <input type="checkbox"/> 16% <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Sonstiges wie z.B. Positionsnummer lt. Vertrag | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

sonstige Mitteilung: