

Identifikation der Einrichtung : ST NIKOLAUS-HOSPITAL
 Hufengasse, 4-8
 4700 EUPEN
 Telefon : 087 599243
 Zulassungsnummer : 71001525000
 Unternehmer Nummer: 0

Patient : TEST, PATIENT
 Referenznummer : 0001004842/1008038
 Geburtsdatum : 06/07/1945
 Mitgliedsnr. Krankenkasse: 45070605481 (Gatte(in))

TEST, PATIENT

Hospitalisationsrechnung an die Krankenkasse

Krankenkassennummer : 610000
 Datum der Hospitalisationsrechnung: 30/04/2010

Teststrasse
 4700 EUPEN

Ident. des Hauptversicherten:

TEST, PATIENT
 Teststrasse
 4700 EUPEN



Mitgliedsnummer Kranken. : 0610001019908
 CT:130/130
 RECHNUNGSNUMMER: 40435

Hospitalisationsperiode : von 21/04/10um 15U 45
 bis 30/04/10um 11U 15 Entlass.
 Zustellungsdatum: 22/09/2010 Seite : 1

Art der Kosten	zu Lasten der Krankenkasse	zu Lasten des Patienten	
		Patient Kostenbeteiligung (1)	Zuschlag Zimmer
1. Aufenthaltskosten			
1.1. Aufenthaltskosten - Hospitalisation und chirurgische Tagesklinik			
Dienst Art des Zimmers von bis Tage			
210 Betrag pro Aufnahme	136,18		
Bedrag pro Tag in einem :			

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo / Memodatum
 bedrag in EUR / montant en EUR / Betrag in EUR

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

000-0000000-00

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

mededeling / communication / Mitteilung

datum afgifte / date de remise / Einreichungsdatum

EURO

handtekening(en) / signature(s) / Unterschrift(en)

datum ondertekening / date de signature / Datum Unterschrift

Bij manuele invulling, één zwart (of blauw) karakter per vakje / En cas de complémentation manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case / Bei manueller Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (fakultativ) / lenkel voor uitvoering in de toekomst (uniquement pour exécution dans le futur) (nur bei späterer Durchführung ausfüllen) / rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROßBUCHSTABEN)

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

OVERSCHRIJVING OF STORTING / VIREMENT OU VERSEMENT / ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG

0 3

bedrag / montant / Betrag EUR CENT

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

EURO

Art der Kosten	Zu lasten von Krankenkasse		zu Lasten des Patienten	
			Patient Kostenbeteiligung (1)	Zuschlag zimmer
210 Einbettzimmer	22/04/10 00U	22/04/10 24U	1	16,73- 41,41 65,00
210 Einbettzimmer	23/04/10 00U	30/04/10 11U	8	84,32 113,12 520,00

Zur information : Die Gesamtkosten für Ihren Krankenhausaufenthalt belaufen sich auf 3.292,56 EUR .
 Ein Teil dieser Summe wird von Ihrer Krankenkasse direkt an das Krankenhaus überwiesen.
 Ihr Eigenanteil an diesen Kosten beträgt 154,53 Euros

Medikamentenpauschale (1) (2)		5,58
Honorarpauschale pro Hospitalisationstag (2)	186,21	
Subtotal der Aufenthaltskosten	389,98	160,11 585,00

2. Apotheke - Pharmazeutische und Parapharmazeutische Kosten				Zuschlag
Kosten für Implantaten und Prothesen und nicht implantierbares medizinische Material				oder andere Betrag (3)
2.1. Pharmazeutische und Parapharmazeutische Produkte				
2.1.1. Produkte mit Rückerstattung				
2.1.1.1. Betrag voll zu laste der Krankenkasse				150,08
2.1.2. Produkte ohne Rückerstattung				
	Kode	Menge		
DAFALGAN 500MG C 500MG	0039420	2		0,22
XANAX COMPR. 0,5 0,50MG	0098194	1		0,18
HEMERAN 50G CREM 50X1G	0114835	50		5,59
XYLOCAINE 1% 20X1ML 1%	0137554	20		2,62
MARCAINE HYPERBAR 4X1ML	0242594	1		7,03
STILNOCT 10MG CO 10MG	0664524	1		0,32
LASTODUR F HARTMA 10CMX7M	0816843	1		8,07
ISO-BETADINE UNIW 10ML	1169556	4		2,24
MOVICOL SACHET	1278266	4		1,96
CHIROCAINE 2,5MG 2,5MG/ML	1494491	2		8,39

Moneyp 701810

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo
 Memodatum

bedrag in EUR / montant en EUR
 Betrag in EUR

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

000-0000000-00

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

mededeling / communication / Mitteilung

datum afgifte / date de remise
 Einreichungsdatum

EURO

*Copie client enkel bij storting voorleggen
 Copie client, présenter uniquement en cas de versement
 Kundenkopie nur bei Einzahlung vorlegen*

EURO

datum ondertekening / date de signature
 Datum Unterschrift

handtekening(en)
 signature(s)
 Unterschriften)

*Bij manuele invulling, één zwart (of blauw) karakter per vakje
 En cas de remplissage manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case.
 Bei manuellem Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld*

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (facultatief)
 (enkel voor uitvoering in de toekomst)
 (uniquement pour exécution dans le futur)
 (nur bei späterer Durchführung ausfüllen)

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROBBUCHSTABEN)

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

**OVERSCHRIJVING OF STORTING
 VIREMENT OU VERSEMENT
 ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG**

03

bedrag / montant / Betrag

EUR CENT

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

T

Art der Kosten	Zu lasten von Krankenkasse		zu Lasten des Patienten	
	Patient	Zuschlag	Kostenbeteiligung (1)	Betrag (3)
CHIROCAINE 7,5MG 7,5MG/ML	1494517	2		13,11
ARCOXIA 90MG C 90MG	1765452	5		6,20
DAFALGAN FORTE 1 1G	1799121	26		4,46
EPHEDRINE HCL 50 50MG 1ML	2114569	1		0,52
LEVORENINE HCL 0 0,8MG 1ML	2596492	1		0,95
2.2. Implantaten, Prothesen und nicht implantierbares med. Material				
2.2.1. Produkte mit Rückerstattung				
HANCHE: TIGE STANDARD REVETEMENT OSTEOTROPE/COATING	688564	1	836,59	
Sichereitspanne (1)				82,30
Ausgabenspanne (1) (4)				91,88
	689441	1	564,96	
Sichereitspanne (1)				621,46
Ausgabenspanne (1) (4)				56,86
TETES FEMORALES A DIAMETRE ANATOMIQUE, INCREMENTS DE	715363	1	970,65	
Ausgabenspanne (1) (4)				
Subtotal der pharmazeutischen und para-pharmazeutische Kosten			2.522,28	852,50
				61,86

3. Medizinische und paramedizinische Honorare			Zuschlag	
3.1. Honorarpauschale pro Aufnahme (1) (2)				
	Nomenklatur	Zimmer (7)		
Pauschale und Honorarpauschale für Klinische Biologie	591146	P	21,45	
	591603	P	21,46	7,44
Pauschale Röntgenabteilung und Konsultationshonorare	460784	P	50,35	
	460821	P	8,53	6,20
Pauschale Bereitschaftsdienst im Hospital	590181	P	23,82	
	590203	P	23,82	

Master 101410

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo / Memodatum
 bedrag in EUR / montant en EUR / Betrag in EUR

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto
 000-0000000-00

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

mededeling / communication / Mitteilung

datum afgifte / date de remise / Einreichungsdatum

EURO
 handtekening(en) / signature(s) / Unterschrift(en)
 datum ondertekening / date de signature / Datum Unterschrift

OVERSCHRIJVING OF STORTING VIREMENT OU VERSEMENT ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG

03

Bij manuele invulling, één zwart (of blauw) karakter per vakje. En cas de complétement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case. Bei manueller Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld.

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (facultatief)
 rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto
 naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

bedrag / montant / Betrag
 rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto
 naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROBBUCHSTABEN)

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

EURO

Kopie cliënt enkel bij storting voorleggen
 Copie client, présenter uniquement en cas de versement
 Kundenkopie nur bei Einzahlung vorlegen

Art der Kosten	Zu lasten		zu Lasten des Patienten	
	von	Krankenkasse	Patient	Zuschlag
			Kosten- beteiligung (1)	oder andere Betrag (3)
3.2. Honorare				
3.2.1. Honorare für welche keine Eigenbeteiligung angerechnet wird				
zum Patienten (1)		22,15		
3.2.2. Honorare für welche eine Eigenbeteiligung angerechnet wird				
zum Patient				
	Nomen.	Aant	(5)	(7)
EVRARD FRANCIS	558025	1	NC	P
EVRARD FRANCIS	558025	1	NC	P
EVRARD FRANCIS	558025	1	NC	P
EVRARD FRANCIS	558025	1	NC	P
EVRARD FRANCIS	558025	1	NC	P
PHYSIOTHERAPIE				
EVRARD FRANCIS	558806	1	NC	P
ANÄSTHESIE				
FISCHER ROBERT	200104	1	C	P
CHIRURGIE				
VERHAVEN EDDY	289085	1	NC	P
VERHAVEN EDDY	318920	1	NC	P
TERRY CATHERINE	289085	1	C	P
RADIOLOGIE				
HEINEN MICHAEL	455265	1	C	P
VERHAVEN EDDY	469125	1	NC	P
ÜBERWACHUNGSHONORAR				
VERHAVEN EDDY	598021	4	NC	P
VERHAVEN EDDY	598124	5	NC	P
KINESITHERAPIE				
DERICHS GUY	560501	1	C	
LABORUNTERSUCHUNGEN				
GOEBBELS PAUL	125086	1	C	
GOEBBELS PAUL	127024	1	C	
GOEBBELS PAUL	127046	1	C	

Monet 701410

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo / Memodatum
 bedrag in EUR / montant en EUR / Betrag in EUR

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

000-0000000-00

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

mededeling / communication / Mitteilung

datum afgifte / date de remise / Einreichungsdatum

EURO

handtekening(en) / signature(s) / Unterschrift(en)

datum ondertekening / date de signature / Datum Unterschrift

Bij manuele invulling, één zwart (of blauw) karakter per vakje / En cas de complétement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case / Bei manueller Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (facultatief)
 (enkel voor uitvoering in de toekomst) / (uniquement pour exécution dans le futur) / (nur bei späterer Durchführung ausfüllen)

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROßBUCHSTABEN)

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

EURO

Kopie slijdt enkel bij storting voorleggen / Copie client, présenter uniquement en cas de versement / Kundenkopie nur bei Einzahlung vorlegen

OVERSCHRIJVING OF STORTING / VIREMENT OU VERSEMENT / ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG

03

bedrag / montant / Betrag **EUR** **CENT**

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

T

Art der Kosten	Zu lasten von Krankenkasse	zu Lasten des Patienten	
		Patient Kostenbeteiligung(1)	Zuschlag oder andere Betrag (3)
GOEBBELS PAUL	127061 1 C	0,31	0,47
GOEBBELS PAUL	127120 1 C	0,31	0,47
GOEBBELS PAUL	540201 1 C	0,62	0,93
GOEBBELS PAUL	540260 1 C	0,47	0,71
GOEBBELS PAUL	540341 1 C	0,54	0,81
GOEBBELS PAUL	540945 1 C	0,62	0,93
GOEBBELS PAUL	541063 1 C	0,97	1,46
GOEBBELS PAUL	541365 1 C	0,54	0,81
3.2.4. Eigenbeteiligung für technische leistungen K.E. 18.12.1996 (8)		16,40-	16,40
Subtotal der medizinischen Honorare		1.839,24	93,53

	IN EURO
Total zu Lasten der Krankenkasse:	4.751,50
A. Total der Leistungen zu Lasten des Patienten:	1.106,14
B. Total der Zuschläge zu Lasten des Patienten :	2.973,58
Total zu Lasten des Patienten: A+B :	4.079,72
ANZAHLUNG, GEZAHLT AM: 21/04/10	- 350,00
Restbetrag zu zahlen durch den Patient : 731-1062804-47	3.729,72

Muster 10-410

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo
 Memodatum
 bedrag in EUR / montant en EUR
 Betrag in EUR

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

000-0000000-00

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

mededeling / communication / Mitteilung

datum afgifte / date de remise
 Einreichungsdatum

EURO

Kopie client enkel bij storting voorleggen
 Copie client, présenter uniquement en cas de versement
 Kundenkopie nur bei Einzahlungen vorlegen

EURO

datum ondertekening / date de signature
 Datum Unterschrift

Handwritten signature area with a grid for manual completion.

handtekening(en)
 signature(s)
 Unterschriften)

Bij manuele invulling, één zwart (of blauw) karakter per vakje
 En cas de complétion manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case
 Bei manuellem Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (fakultativ)
 (enkel voor uitvoering in de toekomst)
 (uniquement pour exécution dans la futur)
 (nur bei späterer Durchführung ausfüllen)
 rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROBBUCHSTABEN)

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

**OVERSCHRIJVING OF STORTING
 VIREMENT OU VERSEMENT
 ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG**

03

bedrag / montant / Betrag
 EUR CENT

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

T T

 *TOTAL ZU ZAHLEN : 3.729,72 EURO *

- (1) Wenn innerhalb des Kalenderjahres, die Höchstgrenze der gesetzlichen Zuzahlungen erreicht ist, werden die Eigenanteile für den Rest des Jahres vollständig von der Krankenkasse zurückerstattet. Ausnahme: Eigenbeteiligung für Radioisotopen, medizinischer Sauerstoff, Pflegesatz ab dem 366 Aufenthaltstag in einem psychiatrischen Krankenhaus.
- (2) Es handelt sich hierbei um Pauschalsummen die legal an alle hospitalisierten Patienten berechnet werden, auch wenn bei dem Patienten keinerlei Leistungen erbracht wurden.
- (3) Die Zusatzkosten zu lasten des patienten sind die kosten für medizinisches material, für medizinische oder paramedizinische leistungen oder auch für andere leistungen, die nicht durch die krankenkasse zurückerstattet werden und die nicht gesetzlich festgelegt sind. Unter "andere Betrag" versteht man Leistungen für die weder kein Betrag der Krankenkasse noch den Patienten vorgesehen ist.
- (4) Unter Ausgabenspanne versteht man die Vergütung für den Apotheker die der Implantaten und Prothesen lagert und sterilisiert; dieser Betrag wird berechnet unter "Patient Kosten-beteiligung"
- (5) Rückerstattung der erhöhten Kosten des Patienten für Wasser, Elektrizität bei häuslicher Dialyse (s. Art. 3, §2a des K.E. 23/06/2003)
- (6) der Pflegespender ist konventioniert (Nationalen Abkommen beigetreten) : Kode = C
 der Pflegespender ist nicht konventioniert : Kode = NC
 Wenn der leistungserbringer nur teilweise konventioniert ist : kode = PC.
 Wenn kein Abkommen oder keine Konvention unterzeichnet:kein Kode
- (7) P = Kode Einbettzimmer M = Kode Mehrbett- oder Zweibettzimmer
- (8) Es handelt sich um eine legale Pauschale die jeden Patienten berechnet werden.Diese Eigenbeteiligung wird entweder von Hospital oder vom Arztgerät des Hospital berechnet

Memor 701410

KOPIE CLIENT / COPIE CLIENT / KUNDENKOPIE

bedrag in letters / montant en lettres / Betrag in Buchstaben

memodatum / date mémo
 Memodatum

bedrag in EUR / montant en EUR
 Betrag in EUR

***3729,72**

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

731-1062804-47

naam begunstigde / nom bénéficiaire / Name Empfänger

ST NIKOLAUS-HOSPITAL

mededeling / communication / Mitteilung

+++104/0435/10106+++

datum afgifte / date de remise
 Einreichungsdatum

EURO

Kopie client enkel bij storting voorleggen
 Copie client, présenter uniquement en cas de versement
 Kundenkopie nur bei Einzahlung vorlegen

EURO

handtekening(en)
 signature(s)
 Unterschriften)

datum ondertekening / date de signature
 Datum Unterschrift

*Bij manuele invulling, een zwart (of blauw) karakter per vakje
 En cas de complétement manuel, un seul caractère noir (ou bleu) par case
 Bei manuellem Ausfüllen ein schwarzes (oder blaues) Schriftzeichen pro Feld*

memodatum (facultatief) / date mémo (facultatief) / Memodatum (fakultativ)
 (enkel voor uitvoering in de toekomst)
 (uniquement pour exécution dans la futur)
 (nur bei späterer Durchführung ausfüllen)

rekening opdrachtgever / compte donneur d'ordre / Auftraggeberkonto

naam en adres opdrachtgever / nom et adresse donneur d'ordre / Name und Anschrift Auftraggeber

TEST, PATIENT

Teststrasse

4700 EUPEN

mededeling (in HOOFDLETTERS) / communication (en MAJUSCULES) / Mitteilung (in GROSSBUCHSTABEN)

+ + + 1 0 4 / 0 4 3 5 / 1 0 1 0 6 + + +

Hieronder niets schrijven / Ne rien écrire ci-dessous / Dieses Feld nicht beschriften

**OVERSCHRIJVING OF STORTING
 VIREMENT OU VERSEMENT
 ÜBERWEISUNG ODER EINZAHLUNG**

0 3

*Niet ter betaling aanvaarden
 Ne pas accepter en paiement
 Nicht als Zahlung annehmen*

bedrag / montant / Betrag

EUR CENT

3 7 2 9 , 7 2

rekening begunstigde / compte bénéficiaire / Empfängerkonto

naam en adres begunstigde / nom et adresse bénéficiaire / Name und Anschrift Empfänger

ST NIKOLAUS-HOSPITAL

Hufengasse, 4-8

4700 EUPEN

T