

# RÜCKERSTATTUNGSANTRAG VON HONORARAUSFALL AUS NOTFALLDIENST

(Stand: November 2011)

## 1. Ärztin / Arzt

Name ..... Vorname .....

Praxisadresse .....

Telefon Praxis ..... Fax ..... E-Mail .....

## 2. Patientin / Patient

Entbindung vom Arztgeheimnis eingeholt:  Ja

Name ..... Vorname ..... Geb'datum ...../...../.....

Adresse ..... Tel. P .....

## 3. Notfalldienst-Leistung

Praxis  Hausbesuch  Übriges (*Adresse*) .....

Datum ...../...../..... Zeit ..... Zeitaufwand vor Ort ..... Rechnungsbetrag

Dienstkreis der damaligen Notfalldienst-Leistung .....

NF-Leistung gewünscht von  Patient  Drittperson (*Wer*) .....  Polizei .....

## 4. Grund des Honorarausfalles

PatientIn verstorben Datum ...../...../.....

Kein fester Wohnsitz  Ausland .....  Sonstiges (*z.B. Polizei / FFE / HEF*) .....

## 5. Eingeleitete Massnahmen

a) Rechnungsstellungs-Datum ...../...../.....

b) Mahnungen  1. ..../...../.....  2. ..../...../.....  3. ..../...../.....

c) Neue Adresse .....  
(*Allfälligen Wohnortswechsel von Einwohnerkontrolle der Gemeinde bestätigen lassen*)

d) Betreibungsbegehren  Ja (*Kopie des Zahlungsbefehls beiliegend*)  Nein (*Grund*): .....

Es wurde Rechtsvorschlag erhoben:  Ja  Nein

Falls nein → Es wurde ein Fortsetzungsbegehren gestellt:  Ja  Nein

Falls nein → Grund: .....

e) Es wurden andere Kostenträger erfolglos eingeschaltet:  Vormund / Beistand  Sozialamt

Unfallversicherung  Polizei  Sonstige

## Beilagen (*unerlässlich*)

- Kopie der ENTBINDUNG vom Arztgeheimnis der GD Kt. Zürich
- Kopie der ORIGINALRECHNUNG
- Kopie des ZAHLUNGSBEFEHLS / VERLUSTSCHEINES; SUMMARISCHE AUSKUNFT aus dem BETREIBUNGSREGISTER
- Weitere BEILAGEN wie Todesbescheinigung, retournierte Post, Polizeirapport, Bestätigung Einwohnerkontrolle Gemeinde etc.
- Neutraler EINZAHLUNGSSCHEIN oder IBAN-Nummer, inkl. Angaben KontoinhaberIn (*für Rückerstattung des Anteils*)

Mit diesem Antrag zediert die / der Unterzeichnete die Honorarforderung an den Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon ZüriMed und verpflichtet sich, eine später eintreffende (Teil-)Bezahlung unverzüglich zu melden.

Ort ..... Datum ..... Unterschrift (*Stempel*) .....

Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon ZüriMed

Freiestrasse 138, 8032 Zürich - Fon 044 421 21 02 - sekretariat@zuerimed.ch - [www.zuerimed.ch](http://www.zuerimed.ch)