

# RÜCKERSTATTUNGSANTRAG VON HONORARAUSFALL AUS NOTFALLDIENST

## 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

Patient 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
- Kopie der Originalrechnung
- Kopie des Zahlungsbefehls oder Verlustscheines
- Weitere Beilagen (z.B. Polizeirapport, Bestätigung EK Gemeinde etc.)
- Neutraler Einzahlungsschein (für Rückerstattung des Anteils) oder IBAN-Nummer

Mit diesem Antrag zediert die/der Unterzeichnende 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) .....