

# RÜCKERSTATTUNGSANTRAG VON HONORARAUSFALL AUS NOTFALLDIENST

(Stand: August 2014)

## 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 / FU / Beurteilung HEF etc.) .....

## 5. Eingeleitete Massnahmen

a) Datum Rechnungsstellung ...../...../.....

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

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

d) Betreibungsbegehren  Ja (Kopie des Zahlungsbefehls liegt bei)  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

SUMMARISCHE AUSKUNFT aus dem BETREIBUNGSREGISTER / Kopie des ZAHLUNGSBEFEHLS (das Betreibungsverfahren ist NICHT bis zum Abschluss des Verfahrens fortzusetzen) / BESTÄTIGUNG des INKASSOBÜROS

Weitere BEILAGEN (z. B. Todesbescheinigung, retournierte Post, Polizeirapport, Bestätigung Einwohnerkontrolle Gemeinde etc.)

Neutraler EINZAHLUNGSSCHEIN (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 196, 8032 Zürich - Fon 044 380 83 33 - [sekretariat@zuerimed.ch](mailto:sekretariat@zuerimed.ch) - [www.zuerimed.ch](http://www.zuerimed.ch)