

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		
Patientendaten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherungs-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

ggf. Patientennamen per Hand eintragen



MICADO HEALTH CARE GmbH
Alsterkrugchaussee 350
22297 Hamburg

Tel.: 040 - 64 22 60 80
Fax: 040 - 64 22 60 822
Mail: mail@micado-online.de
Net: www.micado-online.de

Antrag auf Kostenübernahme

Patientendaten

(nur wenn Kopfdruck nicht möglich)

Nachname

M

W

Vorname

Geb.

Kasse

Versicherungsnummer

Antragsteller

Alt. Stempel

Name

Fachgebiet

Alt. Praxis / Tagesklinik / Krankenhaus

Straße

PLZ / Ort

Vorgesehene Operation

Ambulant

Stationär

OP-Datum

Hauptdiagnose

ICD 10

Klartext

Hauptprozedur

OPS

Klartext

MICADO HEALTH CARE wird auf Grundlage der von Ihnen gemachten Angaben einen Kostenübernahmeantrag bei der entsprechenden Krankenkasse stellen. Über den Bescheid informieren wir Sie per E-Mail sofort nach Eingang.

Diesen Antrag mit der Teilnahmeerklärung des Patienten [G5] bitte per Fax an

040 - 64 22 60 822