ZUZAHLUNGSINFORMATION

(Aufforderung gem. § 43c Abs. 3 Satz 3 SGB V)

Name : _____
Strasse: _____
Wohnort: _____
Fall: _____
Aufn.-Datum: _____
Station: _____

Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, für die vollstationäre Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung von 10,-Euro für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zu leisten. Dieser Betrag wird für **jeden Kalendertag** fällig, d.h. **sowohl für den Aufnahmetag als auch für den Tag der Entlassung ist die Zuzahlung zu entrichten.** Das Krankenhaus ist gesetzlich verpflichtet, die Zuzahlung ggf. auch im Vollstreckungsverfahren einzuziehen.

Eine gesonderte Rechnungsstellung erfolgt nicht.

Ausgenommen von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht sind nach § 24f SGB V Entbindungen.

Bitte erteilen Sie uns eine **Einzugsermächtigung** und geben diese **am Entlassungstag** an der der Information ab.

Oder überweisen Sie den Betrag unter Angabe Ihrer **Fallnummer** innerhalb von 5 Werktagen nach Entlassung auf unser Konto:

IBAN: **DE11 3005 0110 0043 0005 04** Swift BIC: DUSSDEDDXXX
Stadtsparkasse Düsseldorf BLZ: 300 501 10

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie Ihren Befreiungsausweis bitte in der Patientenaufnahme vor.

Für Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenaufnahme gerne zur Verfügung (Tel.: 919-2015).

Düsseldorf, den 05.06.2025

E I N Z U G S E R M Ä C H T I G U N G

SEPA-Lastschriftmandat
(bitte am Entlassungstag an der Information abgeben)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 41 ZZZ 00000054812

Personalien Kontoinhaber:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

Plz / Ort: _____

Bankverbindung: _____

BLZ / BIC: _____

Konto-Nr. / IBAN: _____

Ich ermächtige die Stiftung Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf die gesetzliche Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V in Höhe von 10 € pro Kalendertag von:

Patient:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Plz / Ort:

Aufnahme: _____ Entlassungsdatum: _____

Fallnr./ Debitor:

von meinem o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Düsseldorf, den 05.06.2025

_____
Unterschrift Kontoinhaber