

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**