



**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

AOK Nordost · 14456 Potsdam

<Postalischer Vermerk>
<Anrede>
<Name>
<Straße>
<PLZ> <Ort>

Postanschrift
14456 Potsdam

Servicenummer
0800 265080 26500

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Datum

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)

Geschäftszeichen- M/9/0/7

**Bescheinigung für Betreute nach § 264 Abs. 1 SGB V
– Zur Vorlage beim Leistungserbringer –
Gültig bis TT.MM.JJJJ**

Wir bestätigen, dass

Herrn/Frau _____ geb.am: _____
wohnhaft in _____,

seit dem <TT.MM.JJJJ> durch die <Name der Krankenkasse> betreut wird.

Der/die Obengenannte wird unter folgendem

Geschäftszeichen _____
Transaktions-Nr. _____ geführt.

Bis zur Ausstattung einer elektronischen Gesundheitskarte können Leistungen über das bekannte Ersatzverfahren abgerechnet werden.

Sollte Ihnen bei der Abrechnung noch keine gültige Krankenversicherungsnummer vorliegen, dann erfragen Sie diese gerne unter Angabe des Geschäftszeichens per E-Mail. Nutzen Sie hierzu bitte folgende E-Mail-Adresse : <E-Mail Postfach der jeweiligen Krankenkasse>. Wir stellen Ihnen umgehend die Krankenversicherungsnummer zur Verfügung.

Freundlich grüßt Sie

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

Servicenummer: rund um die Uhr – 0800 265080 26500

Bankkonto: Berliner Bank/Ndl. Deutsche Bank PGK AG, Konto-Nr.: 0513463003, Bankleitzahl: 100 708 48
IBAN: DE92 1007 0848 0513 4630 03, BIC: DEUTDEB110