

**Antrag für „Einigungsversuch“
nach Art. 17 Abs. 2 der Administrativverträge
zwischen SBK und Krankenversicherern**

Angaben zum Fall

Antragsteller/in: Pflegefachfrau/Pflegefachmann Versicherer

Pflegefachfrau/Pflegefachmann

ZSR-Nummer:

SBK-Mitgliedernummer:

Name / Vorname:

Adresse:

Ort:

Telefon / Fax / Mail:

Versicherer:

Name:

Adresse:

Ort:

Telefon / Fax / Mail:

Kontaktperson:

Patient/in (Initialen von Name/Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherungsnummer.)

Initialen von Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Versichertenummer:

Ärztliche Verordnung durch:

Streitgegenstand

Antrag

Begründung

Dokumentation in chronologischer Reihenfolge
(Ärztliche Anordnung/en, Rechnungen, sonstige Korrespondenz)

Beilage Nr.

Ort / Datum

Unterschrift

Adresse / Stempel

Die Antrag stellende Partei wird gebeten, den Antrag der Gegenpartei zur Stellungnahme zuzustellen.

Stellungnahme der Gegenpartei

Ich wünsche, wir wünschen die Durchführung eines „Einigungsversuchs“
nach Art. 17 Abs. 2 der Administrativverträge zwischen SBK und Krankenversicherern.

ja nein

Ort / Datum

Unterschrift

Adresse / Stempel

Bitte Antrag und Stellungnahme einsenden an

SBK-Geschäftsstelle Schweiz
Frau Susann Weishaupt
Postfach 8124
3001 Bern