Wahlarzt

VERORDNUNG

für Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

Kostenträger

Erwerbsstatus

Gültig nur nach Bestätigung durch den Kostenträger!
Gültig nur 14 Tage ab Ausstellungsdatum!

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)

(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Diagnose:

Verordnung:

Arztstempel bei
Rezeptgebührenbefreiung.
Bei Bestätigung durch die Kassa:
Stempel, Unterschrift u. Datum.

Sonstige Vermerke:

Verrechnung der Lieferfirma

Kosten laut Pos.-Nr. ..... € .....

Vom Versicherten (Angehörigen) eingehoben..... € .....

Verbleibt zur Zahlung durch die Krankenkasse..... € .....

....

Datum Stempel u. Unterschrift der Lieferfirma

Unterschrift
des Empfängers:

Bewilligungsvermerke der Krankenkasse

Anteil der Kasse: €_____

_____% der Kosten lt. Tarif

zuzüglich 20% MWSt. von den tariflichen

Kosten bzw. von €_____

abzüglich Kostenanteil: 10% der

tariflichen Kosten, mindestens €_____

.....

Datum, Stempel und Unterschrift

Wahlarzt

VERORDNUNG

für Heilbehelfe, Hilfsmittel
und ambulante Heilbehandlungen

Kostenträger

Erwerbsstatus

Gültig nur nach Bestätigung durch den Kostenträger!
Gültig nur 14 Tage ab Ausstellungsdatum!

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in)

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherte(r)

(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Diagnose:

Verordnung:

Arztstempel bei
Rezeptgebührenbefreiung.
Bei Bestätigung durch die Kassa:
Stempel, Unterschrift u. Datum.

Sonstige Vermerke:

Verrechnung der Lieferfirma

Kosten laut Pos.-Nr. ..... € .....

Vom Versicherten (Angehörigen) eingehoben..... € .....

Verbleibt zur Zahlung durch die Krankenkasse..... € .....

....

Datum Stempel u. Unterschrift der Lieferfirma

Unterschrift
des Empfängers:

Bewilligungsvermerke der Krankenkasse

Anteil der Kasse: €_____

_____% der Kosten lt. Tarif

zuzüglich 20% MWSt. von den tariflichen

Kosten bzw. von €_____

abzüglich Kostenanteil: 10% der

tariflichen Kosten, mindestens €_____

.....

Datum, Stempel und Unterschrift