

INKONTINENZVERSORGUNG

Verrechnungsblatt



Familienname Vorname VSNR		Vertragspartner VP-Nummer Firmenname Versorgung ab	
Patient		Verordner: VP-Nummer Name VO-Datum	
Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)		Pflegestufe Anspruchsbestätigung der Kasse Anspruchsberechtigt <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Kostenbeteiligung	
Anmerkungen:		Stempel, Datum, Unterschrift	

Erläuterungen: Dieser Beleg berechtigt – nach ärztlicher Verordnung – für die Dauer eines Jahres zur Abgabe und Verrechnung von Inkontenzprodukten (limitierter Quartalsbedarf) auf Kosten der Burgenländischen Gebietskrankenkasse. Eintragungen über besondere Bewilligungen bzw. deren Änderungen sind ausschließlich durch die Kasse zulässig. Der Beleg ist an Stelle eines Verordnungsscheines der quartalsweisen Abrechnung beizuschließen und wird nach erfolgter Anweisung an den Vertragspartner zur neuerlichen Verwendung (Folgeabrechnungen) retourniert. Ist das Verrechnungsblatt vollständig befüllt oder die Jahresversorgung abgelaufen, wird dieses durch die Burgenländische Gebietskrankenkasse einbehalten. Für Auskünfte im Zusammenhang mit der Inkontenzversorgung stehen unsere Mitarbeiter unter der Telefonnummer 02682/608 DW 1172 (leistungsrechtliche Bewilligung) oder DW 1431 (Verrechnung) zur Verfügung.

PosNr. _____	VE _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge	Abrechnungsvermerk der Kasse
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
		Datum, Unterschrift	
Summe		Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z.B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	Datum, Unterschrift Bearbeiter
KB-Abzug			
Kassenanteil			

PosNr. _____	VE _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge	Abrechnungsvermerk der Kasse
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
		Datum, Unterschrift	
Summe		Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z.B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	Datum, Unterschrift Bearbeiter
KB-Abzug			
Kassenanteil			

PosNr. _____	VE _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge	Abrechnungsvermerk der Kasse
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
		Datum, Unterschrift	
Summe		Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z.B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	Datum, Unterschrift Bearbeiter
KB-Abzug			
Kassenanteil			

PosNr. _____	VE _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge	Abrechnungsvermerk der Kasse
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
PosNr. _____	VE _____		
		Datum, Unterschrift	
Summe		Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z.B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	Datum, Unterschrift Bearbeiter
KB-Abzug			
Kassenanteil			