

BGKK

Verordnung
für Heilbehelfe und Hilfsmittel

PATIENT
Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Verordnung:

Wohnanschrift

Diagnose/Begründung:

VERSICHERTER
Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Dienstgeber

- Rezeptgebührenbefreiung
 Kostenanteilsbefreiung

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Verrechnung der Lieferfirma

Vertragspartnernr. _____ Filialnr. _____

Die Kasse übernimmt:

Anzahl

Artikel Nr

Betrag in Euro

Anzahl	Artikel Nr	Betrag in Euro
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Stellungnahme des Chefarztes

Datum, Vertragspartnerstempel und Unterschrift der Lieferfirma

Gesamtbetrag _____

- **Selbstbehalt** _____

Kassenleistung _____

+ _____ **Ust.** _____

Forderungsbetrag _____

Der ordnungsgemäße Empfang wird vom Versicherten bestätigt:

Datum, Unterschrift der/des Versicherten