

Kundenservice

Kremser Landstraße 3
3100 St. Pölten

Tel. +43 5 0766-0

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.gesundheitskasse.at

UID-Nr. ATU74552637

INKONTINENZVERSORGUNG EMPFANGS BESTÄTIGUNG

Patient/in:

Versicherungsnummer

Vertragspartner

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

VP-Nummer Firmenname Versorgung ab

Versicherte/r:

Versicherungsnummer

Verordner

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

VP-Nummer Name Verordnungsdatum

(Blockschrift - nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Erläuterungen: Dieser Beleg berechtigt – nach ärztlicher Verordnung – zur Abgabe und Verrechnung von Inkontinenzprodukten.

Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge
Datum und Unterschrift	
Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge
Datum und Unterschrift	
Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge
Datum und Unterschrift	
Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge
Datum und Unterschrift	
Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.	

Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Pos. _____ Stk. _____ _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Anteil des KV-Trägers _____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.