

Versorgungsanzeige für Hilfsmittel

gegenüber

Name der Krankenkasse: _____

Rezeptkopie

Die vorstehende Hilfsmittelverordnung wurde uns am _____
durch

Name des/der Versicherten: _____

Versichertennummer: _____

vorgelegt.

Wir zeigen hiermit die Versorgung der folgenden, in der Verordnung aufgeführten Hilfsmittel an und beantragen für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln die Genehmigung:

Bezeichnung	Hilfsmittelpositionsnummer

Hilfsmittelversorgungsvertrag DAV – BARMER GEK / TK

Nur für die Vermietung von Milchpumpen:
Der Verkaufspreis der Milchpumpe beträgt _____ Euro incl. MwSt.

Ort/Datum

Apotheken-IK

Stempel/Unterschrift