

Kostenvoranschlag

gegenüber

Name der Krankenkasse: _____

Rezeptkopie

Die vorstehende Hilfsmittelverordnung wurde uns am _____
durch

Name des/der Versicherten: _____

Versichertennummer: _____

vorgelegt.

Wir reichen hiermit für die Versorgung der folgenden, in der Verordnung aufgeführten Hilfsmittel einen Kostenvoranschlag ein und beantragen für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln zu dem genannten Abgabepreis die Genehmigung:

Bezeichnung	Hilfsmittelpositionsnummer	Abgabepreis incl. MwSt. in €

Begründung (Angabe freiwillig)

Hilfsmittelpositionsnummer	Begründung

Ort/Datum

Apotheken-IK

Stempel/Unterschrift