

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Gebühr frei								
Geb.-pl.	Name, Vorname des Versicherten							
noctu	geb. am							
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status		
Arbeits-unfall*)	Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Hilfs- BVG		Impf- mittel	Sp.- Bedarf	St. Pflicht	Begr.- Pflicht	Apotheken- Nummer / IK	
6	7	8	9				



50679 Köln (Deutz) · Helenenwallstr. 12
 Tel. 02 21 / 98 10 36 - 0 · 02 21 / Fax 98 10 36 - 6
 http: www.wallenborn.de
 E-Mail: info@wallenborn.de

Auftragsbestätigung

Privatpatient

Ich wurde über die freie Wahl eines Vertragspartners ausdrücklich informiert.

Die beiliegende Verordnung vom _____ überreiche ich der Firma Wallenborn Sporthopädie GmbH und wähle diese als Leistungserbringer.

Zuzahlungs-
pflichtig

Die Abgabe von Hilfsmitteln ist bei gesetzlich krankenversicherten Patienten grundsätzlich an eine gesetzliche Zuzahlung gekoppelt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Zuzahlungspflicht einmalig an und erkläre mich bereit, den Zuzahlungsbetrag gegen Quittung auszugleichen. Mit der Auftragsbestätigung ist die Zahlung des gesamten Betrages fällig.

Zuzahlungsfrei

Als privat krankenversicherter Patient bekomme ich eine Rechnung in doppelter Ausfertigung. Der gesamte Rechnungsbetrag ist spätestens 30 Tage nach Erhalt des Hilfsmittels fällig.

Köln, den _____

 Unterschrift Leistungsempfänger