

Anlage 5 – Fehlende Empfangsbestätigung

Erklärung

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versicherten-Nr.: _____

Bezeichnung _____

Hilfsmittelpositionsnr.: _____

wurde/n am _____ ausgehändigt

wurde/n am _____ nachträglich per Post zugestellt

Eine Empfangsbestätigung konnten wir nicht erhalten, weil _____

Wir erklären, dass wir die Leistung gemäß der ärztlichen Verordnung ordnungsgemäß ausgeführt haben und die Versorgung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht.

Datum_____
Unterschrift / Stempel des Leistungserbringers_____
IK-Nummer