

Anlage 6 Reparaturauftrag – nur für interne Dokumentation**Versichertenerklärung**

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versicherten-Nr.: _____

Kennzeichnung/Herstelldatum des Hilfsmittels:

Hilfsmittel-Positionsnummer:

Ich beantrage die Reparatur meines o. g. Hilfsmittels. Gleichzeitig erkläre ich, dass ich Mitglied der AOK Hessen bin.

Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten**Erklärung des Hilfsmittellieferanten**

Ich erkläre, dass die Instandsetzung in dem in der Kostenberechnung festgelegten Umfang notwendig war und ordnungsgemäß und vollständig ausgeführt worden ist.

Datum_____
Stempel und Unterschrift_____
IK des Leistungserbringers