

Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten
im Land Bremen mit bestimmten Hilfsmitteln vom XX.XX.2013

Name der Krankenkasse _____

Gemäß der beigefügten ärztlichen Verordnung, beantragen wir die Belieferung von Hilfsmitteln zu genehmigen:

Name der Apotheke _____

IK _____

Anschrift _____

Telefon/Ansprechpartner _____

Telefax _____

Name d. Versicherten _____

Krankenversicherungsnummer _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Bezeichnung des Hilfsmittels _____

Menge _____

Hersteller des Hilfsmittels _____

Name des Arztes _____

Kassenarzt Nummer _____

Verordnungsdatum _____

Hier
r
ggf.
Rez
ept
her
ein
kop
ier
en

Hilfsmittelpositionsnummer(n) _____

Preis der/des Hilfsmittels _____

inkl. MwSt. in € _____

Ggf. abzüglich der
gesetzlichen Zuzahlung des
Versicherten _____

Gesamtabgabepreis inkl.
MwSt. _____

Datum/Stempel der Apotheke:

**Nur für interne
Kassenvermerke**

Unterschrift:
