

Verordnung

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte / r Patient / in befindet sich seit dem _____ in unserer stationärer Behandlung.
Für die weitere häusliche Versorgung werden folgende Artikel verordnet:

Verordnung:

Anzahl/Stück	Zubehör

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin