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