

**Auftragsbestätigung**  
**Versorgung privatversicherter Patienten**

|  |   |
|--|---|
| Name<br>d. Patienten: <u>Labus</u>   |   |
| Vorname: <u>Jagoda</u>   |   |
| Straße: <u>Ul. Urbanowicza 14/14</u>   |   |
| Wohnort: <u>41506-Chorzow / POLEN</u>  |   |
| Erziehungs-/Betreuungsberechtigter:<br>(Name, Vorname)   |   |
| Versicherungsunternehmen/Kostenträger:   |   |
| Verordnetes Hilfsmittel:<br><u>Reparatur US-Orthese bds;</u><br><u>Reparatur Oberhülsen-Anschlussorthese bds</u><br><u>Unterarm-Lagerungsorthesen bds</u><br><u>Unterarm-Spiralorthesen bds</u><br><u>1 Paar Orthesenschuhe</u>  | <input type="checkbox"/> TR-Orthese <input type="checkbox"/> US-Orthese<br><input type="checkbox"/> OS-Orthese <input type="checkbox"/> OPS<br><input type="checkbox"/> Prothese<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neuanfertigung   | <input checked="" type="checkbox"/> Reparatur   |
| Verordnender Arzt:   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Kosten für das/die Hilfsmittel betragen voraussichtlich <u>7.167,28</u> €<br><input checked="" type="checkbox"/> Die Kosten entsprechen dem übergebenen Angebot Nr.: <u>11986391-401-41/42; 11098158</u><br>vom: <u>16.08.11</u> |   |

Hiermit beauftrage(n) ich/wir die Firma Pohligh GmbH, Grabenstätter Straße 1, 83278 Traunstein zur Durchführung der ärztlich verordneten Hilfsmittelversorgung. Die Beauftragung erfolgt unabhängig von der Abrechnung des Auftraggebers mit der privaten Krankenversicherung und der Erstattung der Kosten durch die private Krankenversicherung und begründet nach Erhalt des Hilfsmittels eine unmittelbare Zahlungsverpflichtung gegenüber der Pohligh GmbH.

|            |              |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
| <u>X</u>   | <u>X</u>     |