

Auftragsbestätigung
Versorgung privatversicherter Patienten

Name
d. Patienten: Labus

Vorname: Jagoda

Straße: Ul. Urbanowicza 14/14

Wohnort: 41506-Chorzow / POLEN

Erziehungs-/Betreuungsberechtigter:
(Name, Vorname)

Versicherungsunternehmen/Kostenträger:

Verordnetes Hilfsmittel: Reparatur US-Orthese bds; Reparatur Oberhülsen-Anschlussorthese bds Unterarm-Lagerungsorthesen bds Unterarm-Spiralorthesen bds 1 Paar Orthesenschuhe	<input type="checkbox"/> TR-Orthese <input type="checkbox"/> US-Orthese <input type="checkbox"/> OS-Orthese <input type="checkbox"/> OPS <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> Sonstiges:
--	---

Neuanfertigung Reparatur

Verordnender Arzt:

Die Kosten für das/die Hilfsmittel betragen voraussichtlich 7.167,28 €

Die Kosten entsprechen dem übergebenen Angebot Nr.: 11986391-401-41/42; 11098158
 vom: 16.08.11

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
X	X