

Auftragsbestätigung
Versorgung privatversicherter Patienten

Name d. Patienten: <u>Labus</u>	
Vorname: <u>Jagoda</u>	
Straße: <u>Ul. Urbanowicz 2a 14/14</u>	
Wohnort: <u>41506 - Chorzow / Polen</u>	
Erziehungs-/Betreuungsberechtigter: (Name, Vorname)	
Versicherungsunternehmen/Kostenträger:	
Verordnetes Hilfsmittel: <u>Unterschenkel-Tagorthese bds</u> <u>Oberhülsen-Anschlußorthese bds</u> <u>1 Paar Orthesenschuhe</u>	<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:
Verordnung vom: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Neuanfertigung	<input type="checkbox"/> Reparatur
Verordnender Arzt:	
<input checked="" type="checkbox"/> Die Kosten für das/die Hilfsmittel betragen voraussichtlich <u>10.800,77</u> € <input checked="" type="checkbox"/> Die Kosten entsprechen dem übergebenen Angebot Nr.: <u>14198020/-21, 14098018</u> vom: <u>22.01.14</u>	

Hiermit beauftrage(n) ich/wir die Firma Pohlig 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 Pohlig GmbH.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Pohlig GmbH.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------