

Hilfsmittelrückholbestätigung

Von folgendem Versicherten der AOK Baden-Württemberg:

Name: _____ KV-Nr.: _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Abholadresse: _____

wurden heute folgende Hilfsmittel / Zubehöre vom Vertragspartner zurückgeholt:

	Bezeichnung:	Inventarnummer:	vollständig:	unvollständig:*	nicht:*	Bemerkungen:
1	_____	_____				_____
2	_____	_____				_____
3	_____	_____				_____
4	_____	_____				_____
5	_____	_____				_____
6	_____	_____				_____
7	_____	_____				_____
8	_____	_____				_____

Ort, Datum

Firmenstempel

Unterschrift des Vertragspartners

- Exemplar für den/die AOK-Versicherte/n Exemplar für die AOK Baden-Württemberg

* Bemerkung erforderlich: Fehlendes angeben / Warum konnte Rückholung nicht erfolgen / was wurde veranlasst, um Rückholung vollständig abzuschließen?

Bestandsverwaltung: Einlagerung / Entsorgung

Versichertendaten

Name: _____ KV-Nr.: _____
Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Abholadresse: _____

Folgende Hilfsmittel / Zubehöre wurden vom Vertragspartner eingelagert / sollen entsorgt werden

	Bezeichnung:	Inventarnummer:	VA 18	VA 17	Reparaturbedarf / Begründung für Entsorgung *:
1	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* Reparaturbedarf für Wiedereinsatz angeben / Bei Entsorgung Begründung erforderlich: Warum ist das Hilfsmittel aus Sicht des Vertragspartners für den Wiedereinsatz ungeeignet

Datum

Firmenstempel

Unterschrift des Vertragspartners