

An die AOK - Die Gesundheitskasse: | _____

Zuständiges HilfsmittelLogistikCenter: | _____

Leistungserbringer:

Name: | _____ IK: | _____

Firmenanschrift: | _____

Lieferadresse: | _____

Ansprechpartner: | _____

Wir benötigen für die Versorgung ihres/ihrer Versicherten:

Bitte für jedes Hilfsmittel ein Formular verwenden - auch wenn mehrere Hilfsmittel auf einer Verordnung aufgeführt sind.

Name, Vorname: | _____ KV-NR: | _____

Anschrift: | _____

Bevollmächtigter: | _____ Geb.Datum: | _____

Bezeichnung: | _____ HVM-Nr. (7.St.) | _____

erforderliche
Funktionsmerkmale: | _____

(Sitz-) Breite: | _____ (Sitz-) Tiefe: | _____ (Sitz-) Höhe: | _____ (Rücken-) Höhe: | _____

Benutzergewicht: | _____ Körpergröße: | _____ Dekubitusgrad: | _____

eSignatur:

(digitale Signatur des Leistungserbringers mit Datum)

Es besteht eine Leistungspflicht der:

Genehmigungsnummer:

Der/Die Versicherte ist

Genehmigungsvermerk /
Anmerkungen: | _____

eSignatur AOK:

HVM-Nr. (10-St.): | _____

Hersteller/Bezeichnung: | _____

Auslieferung an LE am: | _____

Anmerkungen HLC: | _____

eSignatur HLC: