

28 NOV 2025 13:58 H44-ENTLUSSUNGSANWENDEUNG 12000 30. 8. 2021		Datum der Verordnung 28. NOV. 2025		Unterschrift und Stempel des Arztes 	
Familienname(n) Patient <b>Fluch Franz</b>		Vorname(n) <b>Alf. A. J. S.</b>		Versicherungsnummer <b>107 A 11 55</b>	
Anschrift <b>17. Waldrandweg 24</b>		Versicherten (für Familien- oder Einzelversicherungen) Tag Monat Jahr		Rezeptübertragungschein <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienort)		Diagnose <b>2. h. Techn. Unfall, fract. ca. Sacrum          Fract. tam bip. ca. pennis</b>		Die Kasse übernimmt <b>100%</b> der vertraglichen Kosten des verordneten Heilmittels oder Hilfsmittels, höchstens EUR <b>802,77</b> (ohne USt)	
Verordnung <b>Rd. Stuhl aktiv mit Stuhler u. Sitzkissen</b>		Verrechnet an		Die Rückgabe des Leihmittels wird bestätigt:	
Datum der Verordnung <b>28. NOV. 2025</b>		Unterschrift und Stempel des Arztes 		Datum / Unterschrift des Ausstellers 	

**Verordnung für Heilmittel und Hilfsmittel**  
 Diese Verordnung ist 14 Tage, vom Ausstellungsdatum an gerechnet, gültig.  
 Sie ist bei leistungsfähigen Leistungen innerhalb von 20 Tagen der Kasse vorzulegen.

Vorbemerkung:  
 Bitte den Namen des Krankengases anzugeben! Bitte zustimmend unterschreiben!

Rezeptübertragungschein  
 Ja  Nein

28 NOV 2025  
 Chelanzlich  
 Dr. Leopoldine W.

41-911 + Stuhler  
 Datum / Unterschrift des Ausstellers

Die Kasse übernimmt 100% der vertraglichen Kosten des verordneten Heilmittels oder Hilfsmittels, höchstens EUR 802,77 (ohne USt)

28 NOV. 2025  
 Datum / Unterschrift des Ausstellers

Verrechnet an  
 Die Rückgabe des Leihmittels wird bestätigt: