

# HG\_VERSORGUNGSANZEIGE\_SELBSTAUSFUELLEN

AOK	LKK	BKK	IKK	VdaK	AEV	Knappschaft
<b>AOK</b>						
Name, Vorname des Versicherten <b>Anja Ackermann</b>						
geb. am <b>27.08.1966</b>						
<b>Steinbeisstraße 6</b> <b>71229 Leonberg</b>						
Kassen-Nr. <b>1234567</b>		Versicherungs-Nr. <b>123456789</b>		Status <b>1 1</b>		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis <b>09.2012</b>		Datum <b>10.07.2006</b>		

**\*\* IPRO \*\* Steinbeisstraße 6 71717 Beilstein**

**IK-NR 565423324**

## Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers

Schlüssel "Leistungserbringergruppe": \_\_\_\_\_

Die vorgenannte Versicherte hat sich zwecks Hörgeräteversorgung an uns gewandt. Aufgrund der ermittelten Kenndaten des Gehörs kann die Versicherte voraussichtlich mit Hörgeräten versorgt werden.

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstversorgung | <input type="checkbox"/> Folgeversorgung |                                   |
| <input type="checkbox"/> beidohrig      | <input type="checkbox"/> rechts          | <input type="checkbox"/> links    |
| <input type="checkbox"/> 13.20.01       | <input type="checkbox"/> 13.20.02        | <input type="checkbox"/> 13.20.03 |

(Wurde die Auswahl des geeigneten Hörgerätes bereits getroffen, ist die Hilfsmittelpositionsnummer 10-stellig anzugeben)

Wir bitten Sie deshalb, die nachstehende Bewilligung auszufertigen. Falls ein Versicherungsverhältnis nicht besteht, wird gleichfalls um Nachricht gebeten.

**\*\* IPRO \*\***

**Steinbeisstraße 6**  
**71717 Beilstein**

**10.07.2006**

Datum

Stempel

Unterschrift

## Bewilligung der Ersatzkasse

Vorbehaltlich der Vorlage der ohrenärztlichen Bestätigung der Versorgung (Muster 15) und des Abschlussbereichtes (Anlage 4) wird hiermit eine Hörgeräteversorgung bewilligt.

Datum

Stempel

Unterschrift

☐ Es besteht kein Versicherungsverhältnis

**Bemerkungen:**