

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

** 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: