

Anhang zur Verordnung einer Krankenförderung

Vor- und Nachname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

VO-Datum: \_\_\_\_\_

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis wurde vorgelegt:  Ja, am \_\_\_\_\_  Nein  
(Datum)

Angabe von Positionsnummer(n), Faktor(en) und Gesamt-Brutto:

_____ Positionsnummer	_____ Anzahl der Fahrten	_____ Kilometer <b>(pro Fahrt)</b>
_____ Positionsnummer	_____ Anzahl der Fahrten	_____ Kilometer <b>(pro Fahrt)</b>
_____ Positionsnummer	_____ Anzahl der Fahrten	_____ Kilometer <b>(pro Fahrt)</b>
_____ Positionsnummer	_____ Anzahl der Fahrten	_____ Kilometer <b>(pro Fahrt)</b>

Gesamt-Brutto: € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_

Minus (-) Zuzahlungshöhe: € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_

Gleich (=) Gesamt-Netto: € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IK des Transporteurs: \_\_\_\_\_

Name des Transporteurs: \_\_\_\_\_