

# Codierbeleg – Heilmittel



Name, Vorname des Versicherten\*: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ VO-Ausstellungsdatum\*: \_\_\_\_\_

## Angabe von Positionsnummer(n) und Faktor(en)

\_\_\_\_\_ Faktor

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

(\* Pflichtfelder) Severins GmbH - Am Lippegelacs 16-18 – 46483 Wesel – 0281 / 16394-0 – kundenservice@severins.de

# Codierbeleg – Heilmittel



Name, Vorname des Versicherten\*: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ VO-Ausstellungsdatum\*: \_\_\_\_\_

## Angabe von Positionsnummer(n) und Faktor(en)

\_\_\_\_\_ Faktor

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

(\* Pflichtfelder) Severins GmbH - Am Lippegelacs 16-18 – 46483 Wesel – 0281 / 16394-0 – kundenservice@severins.de