

Empfangsbestätigung



Leistungsnehmer/Erbringerdaten _____

Datum _____

Kunden-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe der Leistung durch Unterschrift quittieren lassen.

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahme(n)	Leistungserbringer	Patienten-Unterschrift
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Empfangsbestätigung



Leistungsnehmer/Erbringerdaten _____

Datum _____

Kunden-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe der Leistung durch Unterschrift quittieren lassen.

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

Datum	Maßnahme(n)	Leistungserbringer	Patienten-Unterschrift
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers