

## 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