

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

Empfangsbestätigung durch den Versicherten

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

Datum		Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Behandlungsabbruch am:
Datum

Freigabe 05.11.2014

Verbindliches Muster

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung der jeweiligen Krankenkasse zusenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers