

Kundenservice

Kremser Landstraße 3 3100
St. Pölten

Tel. +43 5 0766-0

Unsere Servicezeiten finden Sie
unter: www.oegk.at

UID-Nr. ATU74552637

INKONTINENZVERSORGUNG EMPFANGS BESTÄTIGUNG

Patient/in:

Versicherungsnummer

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

Vertragspartner

VP-Nummer

Firmenname

Versorgung ab

Versicherte/r:

Versicherungsnummer

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

Verordner

VP-Nummer

Name

Verordnungsdatum

(Blockschrift - nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)

Erläuterungen: Dieser Beleg berechtigt – nach ärztlicher Verordnung – zur Abgabe und Verrechnung von Inkontinenzprodukten.

<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>

<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12-ÖGK-LA 362-01.01.2020

Seite 1/2

<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
<p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>_____ Stk. _____</p> <p>Pos. Summe _____</p> <p>Pos. KB-Abzug _____</p> <p>Pos. Anteil des KV-Trägers _____</p> <p>Pos. _____</p>	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;">_____</td><td style="width: 10px;">Stk.</td><td style="width: 10px;">_____</td><td style="width: 10px;">_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>Summe</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>KB-Abzug</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>Anteil des KV-Trägers</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	Pos.	Summe	_____	_____	Pos.	KB-Abzug	_____	_____	Pos.	Anteil des KV-Trägers	_____	_____	Pos.		_____	_____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
Pos.	Summe	_____	_____																																		
Pos.	KB-Abzug	_____	_____																																		
Pos.	Anteil des KV-Trägers	_____	_____																																		
Pos.		_____	_____																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px;">_____</td><td style="width: 10px;">Stk.</td><td style="width: 10px;">_____</td><td style="width: 10px;">_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>Stk.</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>Summe</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>KB-Abzug</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td>Anteil des KV-Trägers</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos.</td><td></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	_____	Stk.	_____	_____	Pos.	Summe	_____	_____	Pos.	KB-Abzug	_____	_____	Pos.	Anteil des KV-Trägers	_____	_____	Pos.		_____	_____	<p style="text-align: center;">Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Datum und Unterschrift</p> <p>Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.</p>
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
_____	Stk.	_____	_____																																		
Pos.	Summe	_____	_____																																		
Pos.	KB-Abzug	_____	_____																																		
Pos.	Anteil des KV-Trägers	_____	_____																																		
Pos.		_____	_____																																		