

## INKONTINENZVERSORGUNG EMPFANGSBESTÄTIGUNG

Patient/in:

Versicherungsnummer

Vertragspartner

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

VP-Nummer

Firmenname

Versorgung ab

Versicherte/r:

Versicherungsnummer

Verordner

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

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 auf Kosten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse.

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Summe</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">KB-Abzug</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Kassenanteil</td><td>=====</td></tr> </table>	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Summe		_____	KB-Abzug		_____	Kassenanteil		=====	<p>Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p>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>
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Summe		_____																							
KB-Abzug		_____																							
Kassenanteil		=====																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Summe</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">KB-Abzug</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Kassenanteil</td><td>=====</td></tr> </table>	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Summe		_____	KB-Abzug		_____	Kassenanteil		=====	<p>Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p>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>
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Summe		_____																							
KB-Abzug		_____																							
Kassenanteil		=====																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Summe</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">KB-Abzug</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Kassenanteil</td><td>=====</td></tr> </table>	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Summe		_____	KB-Abzug		_____	Kassenanteil		=====	<p>Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p>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>
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Summe		_____																							
KB-Abzug		_____																							
Kassenanteil		=====																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Pos. _____</td><td>Stk. _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Summe</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">KB-Abzug</td><td>_____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: right;">Kassenanteil</td><td>=====</td></tr> </table>	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Pos. _____	Stk. _____	_____	Summe		_____	KB-Abzug		_____	Kassenanteil		=====	<p>Bestätigung Patient/in über die in Empfang genommene notwendige Versorgungsmenge</p> <hr/> <p>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>
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Pos. _____	Stk. _____	_____																							
Summe		_____																							
KB-Abzug		_____																							
Kassenanteil		=====																							

Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.
Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Pos. _____ Stk. _____ Summe _____ KB-Abzug _____ Kassenanteil _____	<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> Bei Postzustellung Bestätigung erforderlich. Bei Übernahme durch Angehörige Verwandtschaftsverhältnis, bei anderen Personen (z. B. Pfleger) Beziehung zum Patienten angeben.