

HEIL- UND KOSTENPLAN EINREICHEN VORLAGE

Patientendaten :

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Versicherungsnummer : _____

Behandlerdaten :

Name, Vorname : _____

Praxis / Klinik : _____

Adresse : _____

Telefonnummer : _____

Behandlungsdetails :

Diagnose : _____

Behandlungsart : _____

Therapieplan / Maßnahmen : _____

Bitte beschreiben Sie die empfohlenen Heilmaßnahmen, einschließlich der Anzahl der Sitzungen, benötigten Materialien und sonstiger Besonderheiten, genau und vollständig.

Kostenvoranschlag :

Gesamtkosten (EUR) : _____

Zuzahlung gesetzlich versichert : _____

Zuzahlung privat versichert : _____

Versicherung und Abrechnung :

Kostenträger / Krankenkasse : _____

Genehmigung erforderlich : _____ (Ja / Nein)

Erklärung und Unterschrift :

Hiermit bestätige ich, dass die oben angegebenen Angaben wahrheitsgemäß sind und dass die Heil- und Kostenplanvorlage vollständig ausgefüllt wurde.

Unterschrift Behandler

Unterschrift Patient

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentfertig.com/heil--und-kostenplan-einreichen-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentfertig.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.