

Bestell-/Abrechnungsformular für Hörgeräte-/ CI-Batterien

.....Größe 675 * Größe 13 Größe 312 Größe 10
Menge Menge Menge Menge

Mindestabnahme 30 Batterien für Hörgeräte (5 Blister à 6 Batterien)

*geeignet für HdO-Geräte und Cochlea Implantate < 20 mA

für Cochlea-Implantate > 20 mA

RAYOVAC IMPLANT PRO675+

POWER ONE IMPLANT PLUS

.....Größe 675 PRO+

..... Größe 675 PO

Menge

Menge

Mindestabnahme 60 Batterien für Cochlea-Implantate (1Blister à 6 Batterien)

.....
(Name, Vorname des **Versicherten**) (Name, Vorname des Versorgten CI-/HG-Träger)

.....
(Straße) (PLZ) (Wohnort)

.....
(E-Mail-Adresse) (Tel-Nr.) (ggf. Fax.-Nr.)

Wir sind autorisiert, die Abrechnung direkt mit Ihrer zuständigen Krankenkasse vorzunehmen.

(gilt nur für Mitglieder von deutschen gesetzlichen Krankenkassen.)

Dazu benötigen wir folgende Angaben (nur auszufüllen bei Erst-Bestellung):

Geburtsdatum: Geburtsdatum:
Versicherter Versorgter (CI-/ HG-Träger)

Krankenkasse:
(Bezeichnung, genaue Anschrift)

Kassennummer:

Versicherungsnr.:

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

.....
Datum, Unterschrift