



FAX-NACHFORDERUNGSSCHEIN PRO PATIENT

FAX: 089/999 2970-69

Patientenname: _____

Pat. Geb.-Datum: _____

Ggf. Auftragsnummer: _____

- Privat
- Kasse

Bitte bei gesetzlich krankenversicherten Patienten einen Überweisungsschein Muster 10 oder einen unterschriebenen IGeL-Schein nachreichen (blauen Aufkleber „nachgereichter Schein“).

Parameter:

Datum:

Praxisstempel