

Anzeige einer erforderlichen Hilfsmittelrückholung durch den Leistungserbringer

Name und Anschrift des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen (IK): _____ Ansprechpartner: _____ Telefon: _____ Telefax: _____
Zuständige Krankenkasse <input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> SVLFG	

Versicherten-Daten	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
KVNR:	
Telefonnummer:	

Folgendes Hilfsmittel soll zurückgeholt werden:	
Pos.-Nr.	
Produkt (zwingend anzugeben)	
Produktbezeichnung: (zwingend anzugeben)	
Inventar-Nr.: (sofern bereits bekannt)	
Grund der Rückholung: (zwingend anzugeben)	

Sehr geehrter Leistungserbringer,

senden Sie bitte bei einem direkt an Sie gerichteten Hilfsmittel-Abholwunsch diese „Anzeige einer Hilfsmittel-Rückholung“ unmittelbar an die zuständige Krankenkasse. Sie erhalten nach Prüfung kurzfristig einen Rückholauftrag der zuständigen Krankenkasse.

Vielen Dank.

Freundliche Grüße

Ihre KNAPPSCHAFT
Ihre SVLFG

(September 2021)