

## Genehmigung der Krankenkasse bei Verordnung außerhalb des Regelfalles

Die verordnete Behandlung  
wird genehmigt.

Die verordnete Behandlung  
wird nicht genehmigt.

Datum

--	--	--	--	--	--	--

Begründung bei Ablehnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Bitte immer unmittelbar nach der Abgabe Ihrer Leistungen durch Unterschrift quittieren lassen!

### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben.

	Datum	Maßnahme(n)	Patienten-Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Behandlungsabbruch am:

--	--	--	--	--	--	--

Datum

Dieses Formular bitte nach Beendigung der Behandlung  
der jeweiligen Krankenkasse zusenden.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers