Praxis für Podologie **IK** _____

Telefon / Fax / / Email

Name der Krankenkasse

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort *Datum*

Ärztliche Verordnung von Dr. _____

Für Ihr Mitglied _____

geboren am _____

wohnhaft _____

erhalten Sie den folgenden Kostenvoranschlag
mit der **Bitte um Genehmigung der Leistung sowie Rücksendung des/der beiliegenden Rezepte(s).**

Kostenvoranschlag

Sehr geehrte Damen und Herren, für die oben genannte Verordnung berechnen wir folgende Leistungen

Orthonyxiespange /Diagnose „Unguis incarnatus"

Anfertigen und setzen _____		**145,00 EUR**
Hygieneverordnung		**2,50 EUR**
	Summe	**147,50 EUR**

Vermerk des Kostenträgers:

Beschriebene fußtherapeutische Maßnahmen werden von uns mit _____EUR übernommen.

Vermerk

_____

_____

Ort / Datum _____

Stempel /Unterschrift des Kostenträgers _____