

Aktenzeichen UV-Träger:

Name, Vorname d. vers. Person.:

Geburtsdatum:

Nur nachrichtlich, wenn nicht Rechnungssteller/in:

Akustikbetrieb:

Rechnungssteller/in:

Datum:

Rechnungs-Nr.:

Bearbeitet von:

IK:

Steuer-Nr.:

1 Ergänzende Angaben

1.1 Datum der Erstberatung der versicherten Person
(§ 4 Nr. 1 VbgHG):

1.2 Datum der Leistungserbringung
(z. B. Auslieferung der Hörgeräte):

1.3 Beginn des Versorgungszeitraums:

1.4 Abrechnung:

1.4.1 Kat. 1 VbgHG mit Versorgungspauschale

1.4.2 Kat. 2 VbgHG mit Versorgungspauschale

1.4.3 Kat. 3 VbgHG mit Versorgungspauschale

1.4.4 Nach VbgHG ohne Versorgungspauschale (Altfall)

1.4.5 Sonstige Leistungen nach KVA

1.5 Sonderwünsche (§ 3 Nr. 5 VbgHG): Nein Ja
Wenn ja, bitte unter Pos. 7 spezifizieren

2 Rechnung

| Pos. | HMV-Nr. | Bezeichnung | Beschreibung | Preis in EUR | Menge | Gesamtpreis (Brutto) EUR | inkl. 19 % MwSt. EUR | inkl. 7 % MwSt. EUR | Bemerkungen (z. B. Begründung für Kat. 2-Versorgung, Bemerkungen zur Ausstattung Kat. 3 / zu Sonderwünschen) |
|------|---------|---------------|---------------|---------------------|-------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | Gebühr | Übermittlung | | | | | | | |
| | | | | Gesamtbetrag | | | | | |
| 7 | | Sonderwunsch: | Beschreibung: | | | | | | |

Anlagen: - Unterlagen über die Anpassung
 - Empfangsbestätigung