

Patient/in

Lieferung an:
Praxis Patient/in

**Sachkostenformular (Medizinprodukte) im Zusammenhang mit
Vertragsärztlichen Leistungen**

OPS	ICD	EBM-Position
Datum der Leistungserbringung		

Anzahl*	Produktbezeichnung	Anzahl*	Produktbezeichnung
	8551 Medtronic SynchroMed Applikationshilfe 1er		17856082 Tricumed UNO pm Applikationshilfe 1er
	8540 Medtronic Katheterzugangsportset 1er		14139523 Tricumed DUO pm Applikationshilfe 1er
			15612192 Tricumed Quattro Applikationshilfe 1er
			Tricu003 Tricumed Bolusset 1er

Unfallfolgen** Arbeitsunfall** BVG**

Preisbestätigung:

Es werden nur die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt.

Abtretungserklärung:

Hiermit trete ich meine Abrechnungsansprüche gegen die Krankenkasse an die Firma tk pharma trade Handelsgesellschaft mbH ab. Meine Haftung nach Vertragsarztrecht für die Richtigkeit der geltend gemachten Kosten bleibt durch die Rechnungslegung über einen Hersteller bzw. Lieferanten unberührt.

Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Vertragsarztes

* ggf. Durchschnittswert für den einzelnen Behandlungsfall eintragen.

**falls zutreffend bitte ankreuzen