

# Was wir wissen müssen

Um Ihre **LETTRONIC® Medical** für Sie zu fertigen, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und legen Sie den Zettel mit in die Abdruckbox. Vielen Dank.

Name: _____	Telefonnummer für Rückfragen: _____
Gewicht: _____	E-Mail Adresse: _____
Körpergröße: _____	Lieferadresse: _____
Schuhgröße im HKS Schuh: _____	_____
Modell HKS Schuh: _____	Rechnungsadresse (falls abweichend): _____
Sonstiges (z.B. Fersensporn): _____	_____
_____	_____

## Auftragserteilung & Kostenübernahmeerklärung des Kunden

(Sofern Ihr Arbeitgeber nicht für die Kosten aufkommt, siehe Rückseite)

### Wichtiger Hinweis an den Kunden:

Vor Abgabe des verordneten Hilfsmittels muss eine Kostenzusage Ihrer Krankenkasse eingeholt werden.

### Erklärung des Kunden / Auftragserteilung:

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass grundsätzlich vor Abgabe des verordneten Hilfsmittels eine Kostenzusage meiner Krankenkasse eingeholt werden muss.

Ich erkläre, dass ich bei einer Kostenzusage meiner Krankenkasse den verbleibenden Privatanteil in Höhe von 80€ übernehmen werde.

Sollte meine Krankenkasse die Kosten nicht tragen, verpflichte ich mich die vollen Kosten in Höhe von 140€ zu tragen. Hiermit erteile ich dem Sanitätshaus Lettermann den Auftrag.

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_ Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Wenn Sie Probleme oder Fragen haben, sind wir gerne für Sie da:

*Lettermann GmbH Orthopädie Technik*  
*Pierre Halley*

☎ 021 62/3 73970

otv@lettermann.de – lettermann.de

Mo.-Fr.: 8.00 bis 17.30 Uhr



# Was wir wissen müssen

## Auftragserteilung & Kostenübernahme durch den **ARBEITGEBER**

Firma: _____	Telefonnummer für Rückfragen: _____
Ansprechpartner: _____	E-Mail Adresse: _____
Lieferadresse: _____ _____	
Rechnungsadresse (falls abweichend): _____ _____	

## Auftragserteilung & Kostenübernahmeerklärung

### Wichtiger Hinweis:

Vor Abgabe des verordneten Hilfsmittels muss eine Kostenzusage der Krankenkasse eingeholt werden.

### Erklärung / Auftragserteilung:

Ich (Arbeitgeber) bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass grundsätzlich vor Abgabe des verordneten Hilfsmittels eine Kostenzusage der Krankenkasse eingeholt werden muss.

Ich erkläre, dass bei einer Kostenzusage der Krankenkasse der verbleibende Privatanteil in Höhe von 80€ übernommen wird.

Sollte die Krankenkasse die Kosten nicht tragen, verpflichte ich mich (Arbeitgeber) die vollen Kosten in Höhe von 140€ zu tragen. Hiermit erteile ich (Arbeitgeber) dem Sanitätshaus Lettermann den Auftrag.

Unterschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Firmenstempel: