

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