

Auftrag zur kostenfreien Prüfung Unterlagen zur Rechnerkürzung Einreichung per Fax an: **0800 1656516**

Bitte dieses Auftragsformular als erste Seite zusammen mit folgenden Unterlagen faxen:

- Mitteilung der Kasse
- Gekürzte Verordnung falls vorhanden

Name

Praxisname

Anschrift

Telefon

E-Mail

 **Bitte schwärzen Sie auf den Unterlagen alle
personenbezogenen Daten Ihres Patienten.**

Optional: besondere Fragestellung bzw. Hinweise

Ort, Datum

Unterschrift