

LIEFERBESCHEINIGUNG FÜR EINE MOBILITÄTSHILFE

DIESEM DOKUMENT IST EINE RECHNUNG BEIZUFÜGEN

ANGABEN ZUM NUTZNIEßER

Auszufüllen durch den Leistungserbringer oder Vignette der Krankenkasse anbringen

Name und Vorname des Nutznießers	
Geburtsdatum	
Adresse	
Kontaktperson des Nutznießers: Name / Telefon / Mailadresse	
Nationalregisternummer	
Krankenkasse	
Der Nutznießer hält sich zurzeit an der hier angegebenen Adresse auf (nur auszufüllen wenn diese nicht dem offiziellen Wohnort entspricht)	

ANGABEN ZUM LEISTUNGSERBRINGER

Auszufüllen durch den Leistungserbringer

Name des Leistungserbringers	
Zulassungsnummer (LIKIV/INAMI) des anerkannten Leistungserbringers	
Name des Unternehmens	
Adresse des Unternehmens	
Telefon/Mailadresse der Kontaktperson	



Auszufüllen durch den Leistungserbringer

Typ und Modell der ausgelieferten Mobilitätshilfe:

Seriennummer:

Lieferdatum: □□ / □□ / □□□□

Lieferort:

Hiermit bestätige ich,
(Name des Leistungserbringers), die Mobilitätshilfe ausgeliefert und auf die Bedürfnisse des Nutznießers angepasst zu haben.

Datum: □□ / □□ / □□□□

Unterschrift des Leistungserbringers:

Auszufüllen durch den Nutznießer

Hiermit bestätige ich, die angefragte Mobilitätshilfe(n) mit den angefragten Anpassungen erhalten zu haben. Diese wurde(n) an meine Bedürfnisse angepasst und ich konnte sie im Beisein des Leistungserbringers ausprobieren.

Datum: □□ / □□ / □□□□

Unterschrift des Nutznießers: