

Name / Anschrift der Krankenkasse:

Anschrift der Dialysestation:

Datum: _____

Kostenübernahmeerklärung

Wir übernehmen die Kosten der Dialysebehandlung für HD EUR_____ pro Dialyse,
HF und HDF EUR_____.

Dialyse für die Zeit	vom:		bis:	
für unser Mitglied:				
geboren am:				
Anschrift:	Strasse		PLZ/ Ort	

Wir sind mit der direkten Abrechnung zwischen dem Dialysezentrum und unserer Kasse einverstanden.

(Unterschrift)

Wir übernehmen die Kosten von EUR_____ pro EPO Spritze.
 JA Nein