

**Dialysekrankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen
(CXP4YRSMU91)**Anwesenheitsbescheinigung

Versicherter:

Name,	Vorname	Geb. Datum	KV-Nr.
-------	---------	------------	--------

Behandler:

	Datum		Datum		Datum
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20		30	

Bestätigung des Versicherten:

Hiermit bestätige ich, dass ich an den o.g.
Tagen zur ambulanten Behandlung gefahren
worden bin.

Datum, Unterschrift**Bestätigung des Behandlers/Therapeuten:**

Hiermit wird bestätigt, dass der o.g. Versi-
cherte an den genannten Tagen in mei-
ner/unserer Einrichtung behandelt wurde.

**Dialysekrankenfahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes in Hessen
(CXP4YRSMU91)**Transportbescheinigung für die Hin/und Rückfahrt

Diese gehören mit der beigelegten Verordnung zu den einzureichenden Abrechnungsunterlagen.

Versicherter:

Name, Vorname Geb. Datum KV-Nr.

Behandler:**Bestätigung des Versicherten:**

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich an den nachfolgend genannten Tagen mit einem Mietwagen zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin.

	Datum/ Unterschrift		Datum/Unterschrift
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	