					16-ÖGK-DS 100031962
Datum, Unterschrift des Versicherten/Angehöngen	initt, Stempel	Datum, Untersol	nitziA\estriA nebnenbrotev x	um, Unterschipt und Stempel des/de	JaC Dat
oob Waterrolali mada				2027	
			- FC	A-9821 Obelveliáci, N. Tel: +43 A782 2238	
					21.05.2024
			1375	514173 Allgeheinmedi Dr. Karoline ޢhw	
			G;Z	ibemniachen 14 571112	
träger nicht bezahlt.			Individual pur viunoscius (umma		
Krankenversicherungs-	114	Nr. beza		lagmat2	Datum, Unterschrift und
weigen von dem	rach Tarifpost	der traifmäßigen Kosten i			
Mehrkosten für Sonderausführungen	a upopel suc	werdenv. H., höchste			
Hilfsmittels, Eventuelle	3 doobo; oad		gnuiəriədnərhüdəgtqəzəA is	rcherungsträgers Arzistemper be	Arztlicher Dienst des Krankenvers
- səşləqəqiləң səp		ıü∃			
eib briu gnatqm∃ grundüleuA ebneesaq	dunbbe	versicherungsträgers			. 6
Bewilligung des Kranken- Versicherten-			8	hotaneig, Dienstort	Beschäftigt bei Dienstge
			~		
			Tag Mon. Jahr	 -	
				tzi (1)egitörlegnA (e)nie (m)tnetts ^c	Versicherte(r) nur ausfüllen, wenn l
	10.001 2/01/10 1				
1 90	TS 001 X2 7 TS 3	VLIWASOFT VLIESK 6		ellach	v19dO 1286-A
		^			Anschrift Dervellach
		Nerordnug:		<u></u>	C doellovandOv. 1 v
	- Grand to the second state of the second sta	enkuntamiskinsind untari sinstidamis minat kohtakust kuntus sinahik tumi ki susi ki sinum untari min			
		iorounnyuonna			Lagier Peter
		Dauerkatheter	Tag Mon. Jahr		
			17 03 40	610\$	Patient(in)
		Diagnose:	pperungsnummer		Familienname
			Enanciation the Committee of the Committ		
	ilbehelfe und Hilf				
6	Verordnun	·			
Feld bezeichnen!	sebneffertuz ettia	Kostenträgers einsetzen!	Bitte den Namen des		
DB OFG	tătig Arbeitslos Selbstvers.		QCK-K		
, , , , ,	Erwerbs- tätig Pen-				
Fortifd. Nr.	9 1	Andere Kostenträger	QGK		
		Ten V medium men visus man NANA 666 bu a men men man var best 646 A Glass Valous 6337 A STREET	ANNOMA ANNA ANNA ANNA ANNA ANNA ANNA ANN		to the state of th
			A NEW STATE OF THE	数数据调算额对影节 11-	
				多种的对抗的现在分词	とは経済健康に
		\$100 (A)			and the second s

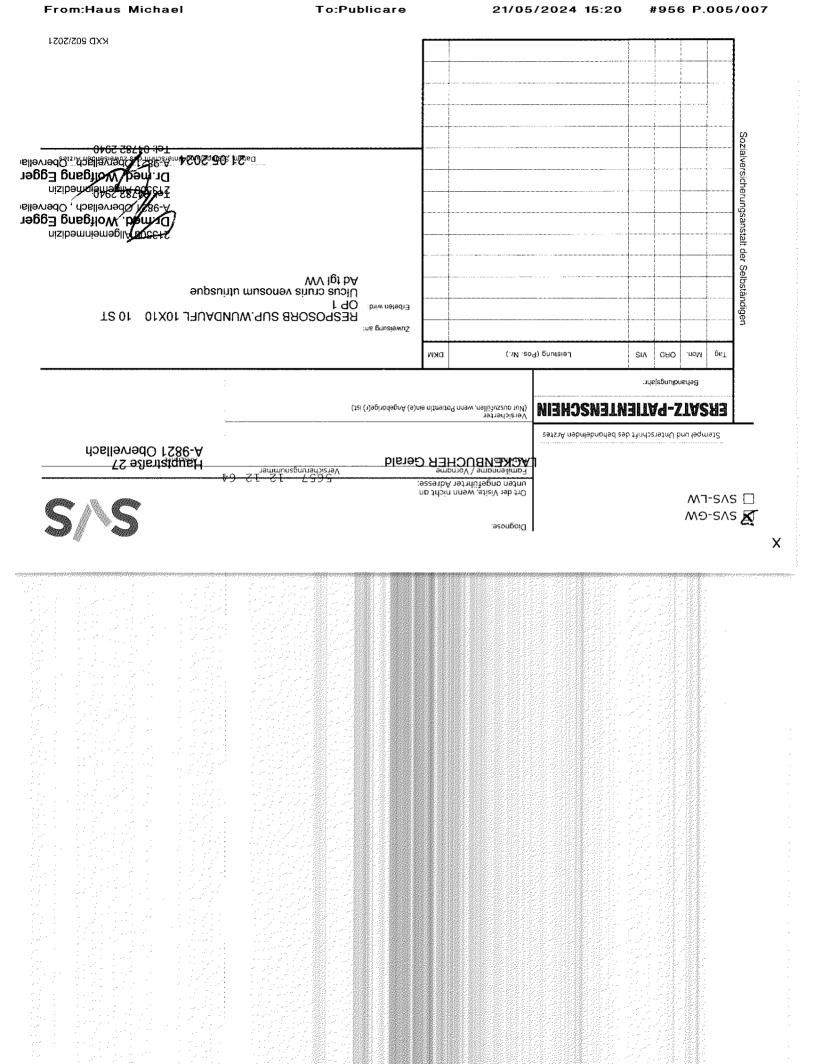
To:Publicare

From:Haus Michael

21/05/2024 15:16

#956 P.003/007

From:Haus Mic	hael	To:Publicare	21/05/202	4 15:18 #956 P.004/007
Versicherten/Angehöngen	schrift, Stempel	Datum, Unter	nitzi A\zetziA nebnenbioiev ieb\zeb leqmet2 b	
Satum, Unterschrift des			erheinmedizin Are Schwarz Arellach, Nr. 32 35 2336	Dr. Karol
Krankenversicherungs- träger nicht bezahlt.	Ur bezahit		Datum, Unterschrift und Stempel	
werden von dem	8	der traifmäßigen Koster		
des Heilbehelfes – Hilfsmittels. Eventuelle Mehrkosten für	Hür des Heilbehelfes – Hürschstens jedoch € — Mehrkosten für — Mehrkosten für — Mehrkosten für prage — Mehrkosten		pnuientednertlüdegtgezeR ied legmetztznA	Ārztlicher Dienst des Krankenversicherungsträgers
nəb əgiäitəd dəl Empfang und die Barsende Ausfühung			Beschäftigt bei Dienstgeber(in), Dienstort	
			<u></u>	Versichette(t) nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehör
l dC	MEDIFEX BOBD EFEX 10X10CW 10 St Ob 1 Aerordunug:			Anschr@bervellach Z7 A-9821 Obervellach
				Paula Peula
		Diagnose: .äsion sakral	1822 05 05 31	Patient(in)
ləminə	lliH bnu əllədədliəh		Versicherungsnummer	Familienname Vorname
6	Verordnun	1		
Peld bezeichnen!	Andersole seed (in) age age (in) and a seed (in)	Kostenträgers einsetzen!	Bitte den Namen des QCK-K	
Fortifd. Nr.	f 55 Erwerbs- tâtig Pen	Andere Kostenträger	оек	
			telle all landen all fockst delle allo sen des determinen ander der sejen er sejen de	
				劉彦エロフロジ 登載的
				製造名 中区区积量数



From:Haus Mic	ael To:Publicare		e 21/05/2024 15:22 #956 P.006/00		
Datum, Unterschrift des Versicherten/Angehörigen	erschrift, Stempel	rin , muts G	Datum, Unterschrift und Stempel des/der verordnenden Arztes/Arz		
			21.05.2024 Tel: 04782 1940	***************************************	
der traitmäßigen Kosten nach Tarifpost Sonderausführungen Merden von dem Vrankenversicherungs-Vr. träger nicht bezahlt.			Datum, Unterschrift und Stempel Tel 64782 2940 Tel 64782 2940		
des Heilbehelfes – Hilfsmittels, Eventuelle Mehrkosten für	——— ∋ doobej eneled:	werdenv. H., höc	Litcher Dienst des Krankenversicherungsträgers Arztstempel des Krankenversicherungsträgers Arztstempel des Krankenversicherungsträgers		
neb eetätige den Empfang und die passende Ausführung	suken- Versicherten- ers	Bewilligung des Kr versicherungsträge	sschäftigt bei Dienstgeber(in), Dienstort		
		ı	Tag Mon. Jah Jipold Friedrich	OŢ	
r 90	K 6F ST 7,5X 100 ST		rsicherte(r) nur ausfüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehönge(r) ist 1457 10 12 42		
l dO	K 6F ST 7,5X 100 ST	VLIWASOFT VLIES	schrift auptstraße 27 1921 Obervellach	SH	
			oipold Maria-Renate		
	icerebr Blutung Ysphagie	PEG-Sonde bei D	noM gsĪ		
		Diagnose:	imilienname Vorname Versicherungsnummer Afent(in)		
	Heilbehelfe und Hil	າມີາ			
ld	Verordnun	des Kostenträgers einsetzent	NIAUPALIAO ANG		
940 BG 0FG	tâtig Arbeitalos Selbstvers	Inactegatio syeneritations seb	оск-к фек-к		
Fortifd. Nr.	Envertes-	Andere Kostenträger	оек		
	inggang pangangganggangganggang panggangganggangganggangganggangganggang			101110111111111111111111111111111111111	