

## Sachkosten Anfrage

### Kontaktdaten Vertragsarzt:

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Anfragedaten Sachkosten:

Diagnose: \_\_\_\_\_

GOP-EBM: \_\_\_\_\_

OPS-Code: \_\_\_\_\_

Produkt / Produktbeschreibung / Artikelnummer (ggf. als Anlage beifügen):

Datum/Unterschrift Arzt