

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

### Zuweisungs-Vordruck zur Vorstellung in der Podologischen Praxis

<input type="checkbox"/>	Podologische Komplexbehandlung
<input type="checkbox"/>	Nagelbearbeitung
<input type="checkbox"/>	Hornhautabtragung
<input type="checkbox"/>	Unguis incarnatus / Orthonyxie
<input type="checkbox"/>	Wundrand

Diagnose
Auftrag



NETZWERK  
Diabetischer Fuß  
LEIPZIG



Mit uns geht's weiter.

--