

Rezeptmuster für Verordnungen von Paresestim-Geräten

Mit einem richtig und vollständig ausgestellten Rezept können wir Ihre Verordnung zügig bearbeiten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtig: Bitte unbedingt „Hilfsmittel“ ankreuzen!

ggf. Gebühren-
befreit ankreuzen

Unbedingt:
- Mietdauer
- Bei Selbstausgabe auch
Seriennummer

Annotations:

- Arrow to 'Gebührenfrei': ggf. Gebührenbefreit ankreuzen
- Arrow to 'Hilfsmittel' (checked): Wichtig: Bitte unbedingt „Hilfsmittel“ ankreuzen!
- Arrow to 'Rp.' (highlighted): Unbedingt: - Mietdauer - Bei Selbstausgabe auch Seriennummer
- Arrow to signature area: ärztliche Unterschrift
- Arrow to back of form: Patient bitte auf der Rückseite unterschreiben lassen

Diagnose nicht vergessen - genaue Bezeichnung der Lähmung und der betroffenen Extremität

ärztliche Unterschrift

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter im Innen- oder Außendienst.
 Telefon: +49 40 60604-13 • Telefax: +49 40 60604-80 • E-Mail: els@krauth-timmermann.de
www.laehmungen-bewegen.de