

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

schw

Durchwahl

Telefon 0355 46-3159
Telefax 0355 46-2552
Email SPZ@ctk.de

Datum

Sanitätshaus: Orthopädische Sprechstunde, Hilfsmittelanpassung, Rezepte

Patient (NAME, Vorname)

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ein Mitarbeiter des Sanitätshauses

(Firma Sanitätshaus)

- am Vorstellungstermin des o.g. Patienten in der Orthopädischen Sprechstunde des SPZ gemeinsam mit Ärzten und Physiotherapeuten anwesend ist.
- bei der individuellen Anpassung des Hilfsmittels im SPZ Cottbus bei o.g. Patienten anwesend ist.
- Rezepte für Hilfsmittel für o.g. Patienten im SPZ abholt bzw. postalisch vom SPZ erhält.

Sorgeberechtigte (r) (NAME, Vorname)

Cottbus den, _____

Unterschrift