



# Rezeptbegleitbogen

Inkontinenzversorgung (P1V)

Fax: 07321 36 3661

Partner

Kundennummer

Versichertenname (Nachname, Vorname)

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Stempel

PLZ, Ort

Lieferadresse (wenn von Adresse abweichend)

Ansprechpartner

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Kassen-Nummer

**Zahlungsbefreiung:**

**Nein**

**Ja** (Kopie Befreiungsausweis liegt bei)

**Versorgung:**

St./Tag

Produktname

**Lieferautomatik:**

**Ja**

**Nein**

**Lieferintervall:**

**2-monatlich**

**3-monatlich**

**Pflegegrad:**

**1**

**2**

**3**

**4**

**5**

# KOPIE REZEPT

Rezept per Fax vorab,  
Originalrezept folgt per Post!