

Verordnung und Bestellung für CPM-Bewegungsschiene

PATIENT/IN

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse, PLZ, Ort	
Telefon, Mobil	

ÄRZTLICHE VERORDNUNG

Der behandelnde Arzt	Klinik/ Spital	Stempel und Unterschrift
----------------------	----------------	--------------------------

LIEFERUNG

Beginn	Dauer
--------	-------

KOSTENTRÄGER

Versicherer	Agentur	
Unfallversicherung <input type="checkbox"/>	Krankenkasse <input type="checkbox"/>	
Unfalldatum	Ref.-Unfall Nr.	

CPM-BEWEGUNGSSCHIENE

Knie <input type="checkbox"/>	Bemerkungen
Hüfte <input type="checkbox"/>	

Informationen für die Patienten zur Kostenübernahme sind auf unserer Webseite www.kinerent.ch verfügbar

Verordnung senden an **Fax:** **032 323 30 00**
E-Mail: **info@kinerent.ch**