Erklärung zum Bezug von Hilfsmitteln

Angaben zum Kunden

Kundennummer: _____

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich in den letzten _____

keine Versorgung über die Krankenkasse mit folgendem Hilfsmittel

erhalten habe:

Hilfsmittel: _____

_____ _____

Datum Unterschrift

Hermann Ilse Sanitätshaus
Inh. Michael Kranz-Wayllant e.K.
August-Bebel-Platz 12
44866 Bochum

Telefon: 02327 / 985455
www.sh-ilse.de

Registergericht: AG Bochum
Registernr.: HRA 2403
Ust.-ID-Nr.: DE309554016

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde unser Sanitätshaus nach DIN ISO 9001 zertifiziert.