

Rezept Pflegebett

Kundendaten:

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Vers.-Nr. _____

Adresse des Kostenträgers:

Arztzeugnis

Sehr geehrte Damen und Herren

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass mein/e Patient/in auf ein höhenverstellbares Elektropflegebett angewiesen ist.

Das Pflegebett wird benötigt, damit der/die Patient/in den Transfer in und aus dem Bett selbstständig bewältigen kann.

Ort und Datum

Stempel + Unterschrift

RS Hilfsmittel

Bernstrasse 292
3627 Heimberg

033 438 33 33
mail@rs-hilfsmittel.ch
www.rs-hilfsmittel.ch

Mo-Fr: 09:00-12:00
13:30-18:00
Sa: geschlossen



Für mehr Lebensqualität.