

Angaben für den Leistungserbringer

Maße:

Decke (Länge x Breite in cm): _____

Kissen (Länge x Breite in cm): _____

Matratze (Länge x Breite x **Höhe** in cm): _____

Kontaktdaten

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit der **Originalverordnung** direkt an den Leistungserbringer.