Bestellung/Erklärung
Badewannenlifter - Anschlussversorgung

DAK Gesundheit

Anbieter:

Versicherte/r

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Versichertennummer: _____

Anschrift: _____
(Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Ggf. abweichende Lieferanschrift: _____
(ggf. abweichender Empfänger, Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Telefonnummer: _____

Sonstige Hinweise:

Ich nutze das Hilfsmittel regelmäßig und benötige auch nach Ablauf der bisher genehmigten drei Jahren einen Badewannenlifter.

_____ _____
Ort/Datum, Unterschrift der/des Versicherten