

Verordnung faxen an 062 386 60 69 oder scannen & mailen an [info@cpm-reha.ch](mailto:info@cpm-reha.ch)

Knie


 L  R

Sprunggelenk


 L  R

Schulter


 L  R

Ellbogen


 L  R

Knie aktiv


 L  R

### Patientenangaben

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Mobile

Geburtsdatum

Unfall Krankheit 

Unfallkasse

Krankenkasse

Schaden-Nr.

Entlassungstermin

Spital

Arzt

### Lieferadresse

Name

Vorname

Strasse, Nr.

Telefon

PLZ / Ort

Mobile

### Dauer

 30 Tage von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Verlängerung

bis \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

### Stempel & Unterschrift Arzt/Spital

Sämtliche Informationen rund um den Mietservice finden Sie jederzeit aktuell auf unserer Website [cpm-reha.ch](http://cpm-reha.ch) unter Mietservice / Tarife.