

Antrag auf Kostenübernahme für ein Iontophorese- Therapie-Heimgerät

Anschrift der Krankenkasse:

Ansprechpartner
Straße / Postfach
PLZ Stadt
Telefon
Fax

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse:

☐ Gesichtsmaske
☐ Sonderapplikator Nacken
☐ Sonderapplikator Rücken

Vertragsarztstempel

X Datum, Unterschrift des Patienten

Wir erstellen einen Kostenvoranschlag und beantragen die Übernahme der Kosten bei Ihrer Krankenkasse.