

# Bestellformular für Encasings

Füllen Sie dieses Bestellformular analog der Verordnung des Arztes aus.

**Bitte beachten Sie:** Bei der Krankenkasse kann nur beantragt werden, was auch ärztlich verordnet wurde.

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

## Angaben zum benötigten Hilfsmittel – Encasings

Typ des Bezugs	Breite in cm	Länge in cm	Höhe in cm	Anzahl
Kissen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-"/>	<input type="text"/>
Nackenstützkissen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matratze	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Matratzen-Topper	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Oberbett (Bettdecke)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="-"/>	<input type="text"/>
Spannbettlaken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Bitte senden Sie das Bestellformular zusammen mit der Verordnung an einen Vertragspartner.