

# Rezept Pflegebett

## Kundendaten:

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

## Adresse des Kostenträgers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Arztzeugnis

Sehr geehrte Damen und Herren

Als behandelnder Arzt bestätige ich, dass mein/e Patient/in auf ein höhenverstellbares Elektropflegebett angewiesen ist.

Das Pflegebett wird benötigt, damit der/die Patient/in den Transfer in und aus dem Bett selbstständig bewältigen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel + Unterschrift

### RS Hilfsmittel

Bernstrasse 292  
3627 Heimberg

033 438 33 33  
mail@rs-hilfsmittel.ch  
www.rs-hilfsmittel.ch

Mo-Fr: 09:00-12:00  
13:30-18:00  
Sa: geschlossen



Für mehr Lebensqualität.