An die Firma:

Geria+med GmbH & Co.KG, Dramburger Str. 42, 12683 Berlin
Service-Tel: (0800) 43 74 20 633 (kostenfrei)
Fax: (030) 514 88 98–199
E-Mail: buero@geria-med.de

_____
Absender

Beratungs-Anforderung

Inkontinenz-Versorgung (saugende Inkontinenzartikel)

*) Bitte unbedingt die mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen !

Inkontinenz: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Versicherter:

Name, Vorname: * _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____ _____

_____ *
Krankenkasse

Pflege-
Stufe:

Telefon: * _____ / _____
Vorwahl Rufnummer

Ansprechpartner: * _____
(wenn für Beratung erforderlich)

Telefon-Nr.: _____ / _____ *
Vorwahl Rufnummer

kostenfreie Musteranforderung ☐ * kostenfreier Beratungsbesuch ☐ * erbeten.

Bemerkungen: _____

_____

_____
Datum

_____
Unterschrift