

Apotheke Am Gutshof

Hauptstraße 9

79224 Umkirch

Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung

(Partnerversorgung / Etagenbettversorgung) der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

- Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnerversorgung benötige, da ich mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner in einem Doppelbett schlafe.
- Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Doppelversorgung benötigt, da es mit einem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Persönliche Daten für den Datenabgleich:

Name des Versicherten: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: Versicherten-Nr.: _____

Eventuell abweichende Lieferadresse: _____

Wichtig für Rückfragen:

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie uns diese Erklärung zur Partnerversorgung unterschrieben per Post an die oben genannte Adresse zurück.