

Rückgabe von Hilfsmitteln

Hiermit möchte ich unten genanntes Hilfsmittel zurückgeben.

Grund der Rückgabe

Wählen Sie folgendes Hilfsmittel, welches Sie bei uns abgeben

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Duschtoilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Beistelltisch |
| <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> Matratzen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Kundenvorname *

Kundenname *

Kundennummer (falls vorhanden)

Geburtsdatum Kunde

Anschrift*

PLZ *

Ort *

Kontaktperson zur Rückgabe

Name / Vorname

Kontaktdaten (Telefon / e-mail)

Bemerkungen zur Rückgabe:

Hilfsmittel wurde entgegengenommen:

Sanitätshaus / Filiale

Name Mitarbeiter

Datum

Unterschrift KD

Unterschrift MA