

Hilfsmittelanforderung
ARGE Depot
z.H. Herrn Eder
Fax Nr. 0662 853642-75

 **ARGE**
Hilfsmittel
Depot
Salzburg



Datum:

Krankenkasse: NUR SGKK

VO bei Lambert (wird von Lambert an ARGE gesandt)

VO bei KUNDE (wird von ARGE beim Kunden geholt)

Institution:

Ansprechperson:

Name des Patienten:

Vers. -Nr.: / Geb. Datum:

mitversichert bei:

Vers. -Nr.:

Anschrift:

Telefon-Durchwahl:

Worum geht es?

Zustellung

Rückholung

Hilfsmittel:

Nummer:

Adaptierung

Hilfsmittel:

Nummer:

Was wird gebraucht? _____

Reparatur

Hilfsmittel:

Nummer:

Was ist kaputt? _____

Verwendungszweck Hilfsmittel:
(innen, außen, Selbstfahrer, Gesundheitszustand, Stockwerke, Türbreite, ...)

Gewicht:

Größe:

Diagnose /Krankheitsbild:

Ich stimme gem. DSGVO zu, dass meine o. g. Daten zum Zweck der Abwicklung der Hilfsmittelanforderung an die ARGE Hilfsmittel Depot Salzburg weitergeleitet wird. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte. Meine Einwilligung kann jederzeit per mail (datenschutz@lambert.at) widerrufen werden.

Datum / Unterschrift Patient/in oder Bewollmächtigte/r