

<b><u>Kostenvoranschlag:</u></b>  bitte verwenden Sie dieses Formular zur Vorlage bei Ihrer Krankenversicherung.	Name, Vorname des Versicherten	geb. am.:
	Anschrift:	
	Krankenkasse :	
Versicherungsnr.:		

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit Sie auch zu Hause die postoperative „Gesicht-nach-unten-Lagerung“ in Bauchlage, insbesondere auch während des Schlafens weiterführen können, wurde Ihnen von Ihrem Arzt folgendes Hilfsmittel empfohlen:

1x Lagerungs-Set für die „Gesicht-nach-unten-Lagerung“ in Bauchlagerung

Klinik:.....Ort:.....

Geplanter OP-Tag.....

Dieses Hilfsmittel ist erhältlich bei:

Lieferant: Medpos UG ; Gaiernweg 25, [www.medpos.de](http://www.medpos.de),  
 75399 Unterreichenbach, Tel.:07235 980536, Fax: 07235 8588

<b>Kostenvoranschlag:</b>	Lagerungspolster	215,00 €
	<u>zuzüglich 19% MwSt</u>	<u>40,85 €</u>
	Verkaufspreis	<u>255,85 €.</u>
	Zuzüglich Versandkosten netto	7,00 €

Lieferzeit nach Zahlungseingang 2-3 Werktage per DHL.

Dr. rer. med. Henrik Schäfer

**MEDPOS®** UG (haftungsbeschränkt)  
 Gaiernweg 25 / Germany  
 75399 Unterreichenbach; Fon: 0049 (0) 7235 -980536 ; Fax: 0049 (0) 7235 - 8588  
 email: [medpos@t-online.de](mailto:medpos@t-online.de) ; [www.medpos.de](http://www.medpos.de)



Name Ihrer Krankenversicherung: .....  
 Anschrift der KV : .....

Bei KV eingereicht am:.....

Hier eventuell Bearbeitungsvermerk der KV: