

Anmeldung zur medizinischen Fußpflege

(keine Podologie → daher, keine Behandlung auf Heilmittelrezept
möglich)

Name Bewohner:

Zimmer-Nr.:

Zahlung:

- in bar, über Bewohner
- auf Rechnung

Rechnungsempfänger: _____

eMail: (falls möglich) : _____

Tel.Nr./ Handy-Nr.: _____

Fußpflege-Intervalle: _____ - wöchig

Datum: _____

Unterschrift: _____

