

Ihr Gesprächspartner im <i>Innendienst</i> :	Ihr Gesprächspartner im <i>Außendienst</i> :
Vertriebsbüro	
Anschrift: Birkück 16, 24999 Wees	
Tel.: 0461 / 406 862 - 0	
Fax: 0461 / 406 862 - 99	
E-Mail: ad-buero@mpf-medical.de	E-Mail:

Erfassung neuer Kunde mit ableitender Inkontinenzversorgung

Name Kunde			Geburtsdatum:	
Ggf. Pflegeeinrichtung/PD:				
Wohnbereich:			Tel. Nr.:	
PLZ:		Ort:	Straße:	
Name Gesetzlicher Betreuer:				
Adresse:				
E-Mail:			Telefon:	
Rechnung an: <input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Einrichtung <input type="checkbox"/> Betreuer				
Krankenkasse				
Krankenversicherungsnummer				
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? J/N (wenn ja, bitte zufaxen: Fax: 0461 / 406 862 - 99)			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zuständiger Arzt: (bitte ankreuzen) Urologe <input type="checkbox"/> oder Hausarzt <input type="checkbox"/>			Name: _____ Tel. Nr.: _____	
Transurethraler Katheter (DK) oder Suprapubischer Katheter (SPK) Urinalkondomversorgung			DK: _____ CH (Größe) SPK: _____ CH (Größe) Durchmesser: _____ mm	
Urinbeutel: Bettbeutel mit Tropfkammer 2000 ml Einmalbettbeutel ohne Tropfkammer Beinbeutel mit Tropfkammer 1000ml Beinbeutel ohne Tropfkammer <input type="checkbox"/> 500 ml <input type="checkbox"/> 750 ml			Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> 90cm <input type="checkbox"/> 120cm Anzahl _____ <input type="checkbox"/> 90cm <input type="checkbox"/> 130cm Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> 30cm <input type="checkbox"/> 60cm <input type="checkbox"/> 90cm Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> 10cm <input type="checkbox"/> 30cm <input type="checkbox"/> 50cm	
Sonstiges: Kletthalteband Fixierstrumpf universal: (versch. Größen)			Anzahl: _____ Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	