

<b>Ihr Gesprächspartner im Innendienst:</b>	<b>Ihr Gesprächspartner im Außendienst:</b>
<b>Vertriebsbüro</b>	
<b>Anschrift:</b> Birklück 16, 24999 Wees	
<b>Tel.:</b> 0461 / 406 862 - 0 <b>Fax:</b> 0461 / 406 862 - 99	
E-Mail: <a href="mailto:ad-buero@mpf-medical.de">ad-buero@mpf-medical.de</a>	E-Mail:

**Erfassung neuer Kunde mit ableitender Inkontinenzversorgung**

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