

Anforderung LIPUS Ultraschalltherapie zur Frakturheilung

LIPUS
LOW INTENSITY PULSED ULTRASOUND

FAX: 08807-993399

Tel: 08807-993300

E-Mail: info@lipus.info

Angaben zum Patienten

Name: _____ Geb.-Datum _____

Adresse: _____

Telefon-Nr _____

Unfalldatum _____ e-mail _____

zu behandelnde Fraktur

behandelnder Arzt

Behandelnder Arzt / Klinik _____ Tel. _____

e-mail _____

zuständige Berufsgenossenschaft / Versicherung

Name / Bezirksstelle _____ BG-Aktenzeichen _____

Sachbearbeiter _____ Tel. _____

e-mail _____

Erforderliche Mietdauer für das LIPUS Gerät _____

Unterschrift Sachbearbeiter

Ort, Datum