



**Verordnung / Rezept**

Name

Geburtsdatum

**DIAGNOSE**

**HILFSMITTEL**



Kinetec CPM-Bewegungsschiene

**VERORDNET DURCH**

**DATUM, UNTERSCHRIFT**

**STEMPEL**

Gerne nehmen wir Ihre telefonische oder online Bestellung entgegen

**[www.kinerent.ch](http://www.kinerent.ch)**