

**Apotheke Am Gutshof**

Hauptstraße 9

79224 Umkirch

**Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung**

(Partnerversorgung / Etagenbettversorgung) der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

- Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnerversorgung benötige, da ich mit meiner Partnerin bzw. meinem Partner in einem Doppelbett schlafe.
- Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Dopperversorgung benötigt, da es mit einem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

**Persönliche Daten für den Datenabgleich:**

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Eventuell abweichende Lieferadresse: \_\_\_\_\_

**Wichtig für Rückfragen:**

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns diese Erklärung zur Partnerversorgung unterschrieben per Post an die oben genannte Adresse zurück.