

Liste der am Lymphnetz _____ teilnehmenden Leistungserbringer mit
Anschrift und Telefonnummer

Teilnehmende Ärzte:

A) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

B) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

C) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

Teilnehmende Physiotherapeuten:

A) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

B) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

C) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

Teilnehmende Sanitätshäuser:

A) Sanitätshaus

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

B) Sanitätshaus:

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

C) Sanitätshaus:

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

Sonstige Leistungserbringer:

A) _____

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

B) _____

Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ Ort:
Tel.:

Datenschutzhinweis. Die hier beteiligten Adressen werden zweckgebunden innerhalb des Lymphnetzes ausgetauscht und anlassbezogen komplett oder vereinzelt den teilnehmenden Patienten übermittelt.