

Erkrankung _____, geb.

Sehr geehrte Damen und Herren, *drop-down: ~ Sehr geehrte Damen und Herren / ~ Sehr geehrter Herr / ~ Sehr geehrte Frau*

bitte führen Sie _____ *zum nächstmöglichen Zeitpunkt ggf. Datum vom/bis* eine stationäre Präventionsmaßnahme durch.

Unsere Kostenzusage nach den vereinbarten Sätzen gilt für drei Wochen. Eine ggf. notwendige Verlängerung stimmen Sie bitte rechtzeitig vorher, gerne auch telefonisch, mit uns ab.

Bitte berichten Sie uns zeitnah über den Verlauf der Behandlung und die empfohlenen Maßnahmen. Notwendige Hautschutzpräparate und Schutzhandschuhe verordnen Sie bitte für einen Erprobungszeitraum von sechs Monaten zu unseren Lasten.

Aktenauszug anbei.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage