

Ärztliche Empfehlung zur Nutzung von LipoAlly

Angaben zur Versicherten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versichertennummer: _____

Für den o. g. Patient/die o. g. Patientin ist die LipoAlly-APP aus medizinischer Sicht sinnvoll zur Unterstützung der Lipödem-Therapie.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Praxis