

REPARATURAUFTRAG / AUFTRAGSPROTOKOLL

Datum: _____

Name: _____ **Fertig bis:** _____

◇ **REPARATUR**

◇ **NEUVERSORGUNG**

Betreffend Hilfsmittel/Heilbehelf(e) _____ **LI RE**

aus dem Jahre _____ / _____ (Monat/Jahr)

folgende Arbeiten sind lt. Besprechung mit **THERAPEUT(IN):** _____ erforderlich.

	Bezeichnung	Pos.-Nummer / Menge
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10	ARBEITSZEIT: min.	



 Übernahmebestätigung:

Die oben angeführten Reparaturen / Notreparaturen / Adaptierungen wurden so weit zu diesem Zeitpunkt beurteilbar ordnungsgemäß und zweckentsprechend durchgeführt. Die Zielsetzungen der durchgeführten Arbeiten wurden überprüft, die Passform ist so weit zu diesem Zeitpunkt beurteilbar zufriedenstellend.

Stempel/Unterschrift: _____