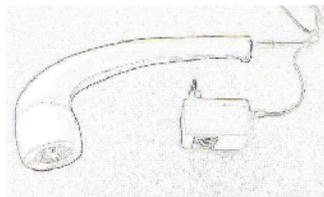


Versicherungs Name des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

Patient



0(.....).....  
(Telefon des Patienten für Evtl. Rückfragen)

Rp.

**ltt - licht Thermotherapie Instrument**

Diagnose:

- Erkrankungen mit Schmerzen
- Depression - Angstzustand
- Sonstige.....

Arzt Stempel / Unterschrift

Für interne Zwecke

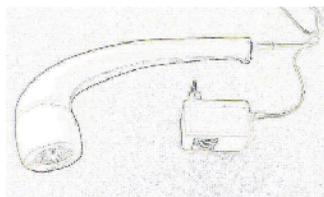
VP.....

PN.....

Versicherungs Name des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

Patient



0(.....).....  
(Telefon des Patienten für Evtl. Rückfragen)

Rp.

**ltt - licht Thermotherapie Instrument**

Diagnose:

- Erkrankungen mit Schmerzen
- Depression - Angstzustand
- Sonstige.....

Arzt Stempel / Unterschrift

Für interne Zwecke

VP.....

PN.....