$recipient$

Per Fax: $fax\_nr\_krankenkasse$

Wiesbaden, $aktuelles\_datum$

**Patient:**

###### $nachname\_patient$, $vorname\_patient$

###### \*$geb\_datum\_patient$

$straße\_patient$, $plz\_patient$ $ort\_patient$

$contact\_status\_#1$

$aufnahmedatum$

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitten wir Sie um die Bearbeitung beigefügter SAPV-Verordnung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne während unserer Bürozeiten (Mo.- Fr. von 8.00 – 16.00 Uhr) zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

ZAPV Palliative Care Team

Dr. Thomas Nolte