

**Absender:**

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Porto  
zahlt  
Empfänger

**Ärztliche  
Verordnung**

**Antwort**

Sanitätshaus Kaphingst GmbH  
z.Hd. ....  
Schimmelpfengstraße 4  
34613 Schwalmstadt / Treysa