

**Absender:**

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Entgelt  
bereits  
bezahlt

**Ärztliche  
Verordnung**

FK 5035 5984 03 E000 001A  
**KE** **Deutsche Post**   
**RESPONSEPLUS STANDARD**



KAPHINGST GmbH  
- Tens/EMS- & CPM-Therapie -  
Niederwetttersche Straße 1  
35094 Lahntal