

Liste der am Lymphnetz \_\_\_\_\_ teilnehmenden Leistungserbringer mit  
Anschrift und Telefonnummer

**Teilnehmende Ärzte:**

A) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

B) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

C) Arztpraxis/ Klinik

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

**Teilnehmende Physiotherapeuten:**

A) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

B) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

C) Physiotherapiepraxis

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

**Teilnehmende Sanitätshäuser:**

A) Sanitätshaus

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

B) Sanitätshaus:

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

C) Sanitätshaus:

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

**Sonstige Leistungserbringer:**

A) \_\_\_\_\_

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.:

B) \_\_\_\_\_

Name, Vorname:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ Ort:  
Tel.: