

**Bestätigung über die Nutzung eines Therapiegerätes
Medical Declaration for the necessity of the therapy equipment**

Drive DeVilbiss iGo2, transportabler Sauerstoffkonzentrator

Seriennummer /Serial No.: _____x

DE: Hiermit bestätigen wir, dass es sich bei diesem Gerät um ein medizintechnisch therapeutisches Hilfsmittel handelt.

EN: We hereby confirm that the device mentioned above is used for medical therapeutically treatment only.

DE: Hiermit bestätigen wir, dass Herr / Frau

EN: We hereby confirm that Mr. /Mrs.

_____x

DE: das o.g. Gerät zur regelmäßigen Therapie benötigt.

EN: is in the need of the abovementioned equipment for her/his daily therapy.

_____x _____x

DE: Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des behandelnden Arztes

EN: Place / Date

Signature / Stamp of physician