

# Transparenzinformationen

zum Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V  
zur Sicherstellung der Versorgung mit Stomaartikeln

Vertragspartner \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen \_\_\_\_\_

## Kontaktinformationen

für den Versicherten

Telefonnummer/Hotline \_\_\_\_\_

Telefaxnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Team – Name \_\_\_\_\_

Anschrift (z.B. Rezepte/Befreiung) \_\_\_\_\_

für die AOK Bremen/Bremerhaven

Telefonnummer/Hotline \_\_\_\_\_

Telefaxnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/Team – Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

