

Dauerrezept Inkontinenz

Rezeptierende Stelle:

Stempel / Unterschrift:

Datum:

Gültigkeit bei Krankheit: 12 Monate

Personalien:

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Krankenkasse:

Ort:

Versicherungs-Nr.:

KLV/MiGeL Kapitel 15. / 99.

Krankheit

Unfall

mittlere Inkontinenz

schwere Inkontinenz

totale Inkontinenz

anale Irrigation

ISK (intermittierender Selbstkatheterismus)*

IV Verfügungs-Nr.:

Artikel-Nr.

Artikel

Bemerkungen:

*Wenn nicht anders erwähnt, ist eine erhöhte Infektionsgefahr gegeben.

Lieferant: Publicare AG

Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf

Telefon 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11

ZSR A7535.19