

## Dauerrezept für Tracheostoma - Hilfsmittel

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 01. / 14. / 31. / 99.

Krankheit

Tracheotomie

Unfall

Laryngektomie

IV Verfügungs-Nr.:

---

Artikel-Nr.

Artikel

---

Bemerkungen:

---

Lieferant: Publicare AG

Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf

Telefon 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11

ZSR A7535.19