

Dauerrezept für Wundversorgung

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 17. / 29. / 34. / 99.

Krankheit

Unfall

Produkte zur Kompressionstherapie gemäss Kap. 17.

Produkte zur Wundbehandlung exkl. Limitationen

Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitation gemäss Kap. 34.06.01

Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitation gemäss Kap. 34.06.02

Hydrogel, Limitation gemäss Kap. 34.10

Material für die Fistelversorgung, Kap. 29.02

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