

Dauerrezept Inkontinenz

Unterzeichnetes Rezept an Publicare. Telefax: 056 484 15 11



Rezeptierende Stelle:

Stempel / Unterschrift:

Datum:

Gültigkeit bei Krankheit: 12 Monate

Personalien:

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Krankenkasse:

Ort:

Versicherungs-Nr.:

IV Verfügungs-Nr.:

KLV / MiGeL Kapitel 15. / 99. / 29.

- Krankheit
- Unfall
- IV
- mittlere Inkontinenz
- schwere Inkontinenz
- totale Inkontinenz

Bei Bedarf von Desinfektionsmitteln bitte Rückseite beachten.

- anale Irrigation
- ISK (intermittierender Selbstkatheterismus)*
- suprapubische Blasenfistel

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

Artikel-Nr.	Produkte 1. Lieferung	Menge 1. Lieferung

Bemerkungen:

Lieferant: Publicare AG
Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf
Telefon 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11
ZSR-NR. A7535.19