

Ricetta ripetibile per incontinenza

Mandare la ricetta firmata a Publicare. Telefax : 056 484 15 11



Ricetta emessa da:

Timbro / Firma: _____

Data: _____

Validità per malattia: 12 mesi

Dati personali:

Cognome: _____

Nome: _____

Via / N°: _____

NAP: _____

Luogo: _____

Telefono: _____

Data di nascita: _____

Cassa malati:

Cassa malati: _____

Luogo: _____

N° assicurazione: _____

N° Al della decisione: _____

Opre / EMap Capitolo 15. / 99. / 29.

Malattia

Incontinenza media

In caso di necessità di disinfettante, si prega di vedere a tergo.

Irrigazione anale

Infortunio

Incontinenza forte

ACI (autocataterismo intermittente)*

Al

Incontinenza totale

Fistola sovrapubica

* Se non menzionato diversamente, persiste un aumento del rischio d'infezione.

N° Articolo

Prodotti 1° fornitura

Quantità 1° fornitura

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Osservazioni:

Fornitore: Publicare AG

Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf

Telefono 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11

N° RCC A7535.19