

Dauerrezept Stoma

Unterzeichnetes Rezept an Publicare. Fax: 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 29. / 34. / 99.

Krankheit

Unfall

IV

Colostomie

Fistel

Ileostomie

Urostomie

temporär

temporär

temporär

defintiv

defintiv

defintiv

Artikel-Nr. _____

Produkte 1. Lieferung _____

Menge 1. Lieferung _____

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

Bemerkungen:

Ausschneiden auf _____ mm

Ausschneiden gemäss Schablone

Lieferant: Publicare AG

Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf

Telefon 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11

ZSR-NR. A7535.19