

Dauerrezept für medizinische Hilfsmittel

☛ unterzeichnetes Rezept an Publicare. Fax: 056 484 15 11

Rezeptierende Stelle:

Stempel / Unterschrift

Datum:

Gültigkeit bei Krankheit: 12 Monate

Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Krankenkasse:

Name:

Ort:

Versicherungs-Nr.:

IV Verfügungs-Nr.:

KLV / MiGeL

- Krankheit
- Unfall
- IV

1. Lieferung:

Artikel-Nr.	Produkt	Menge 1. Lieferung
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....

Institution:	Name Abteilung:
Datum:	Signatur Vermittlerin:

Prozedere:
Unterzeichnetes Rezept ⇨ Publicare Telefax 056 484 15 11 ⇨ Auslieferung mit der Post in neutraler Verpackung