

# Dauerrezept für medizinische Hilfsmittel

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

- Krankheit
- Unfall
- IV

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  
info@publicare.ch  
ZSR-NR. A7535.19