

# Dauerrezept Tracheostoma

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 01. / 14. / 31. / 99.

Krankheit

Tracheotomie

Unfall

Laryngektomie

IV

Artikel-Nr.

Produkte 1. Lieferung

Menge 1. Lieferung

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