

# Dauerrezept und Anmeldung Instruktion transanale Irrigation

Unterzeichnetes Rezept an Publicare AG | E-Mail: [instruktion@publicare.ch](mailto:instruktion@publicare.ch), Fax +41 56 484 15 11

Rezeptierende Stelle \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Erreichbar unter \_\_\_\_\_

Gültigkeit bei Krankheit: 12 Monate

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse | Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Korrespondenzsprache  DE  FR  IT

## Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungs- o. AHV-Nr. \_\_\_\_\_

IV Verfügungs-Nr. \_\_\_\_\_

## Diagnose und Angaben zur TAI

Hauptdiagnose \_\_\_\_\_

Relevante Nebendiagnosen für TAI \_\_\_\_\_

Weitere Kommentare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## KVL/MiGeL Kapitel 15./99.

- Krankheit  Totale Inkontinenz  Sprechstunde bei Publicare gewünscht  
 Unfall  Instruktion zur TAI notwendig  
 IV  TAI (Transanale Irrigation)

## Bevorzugtes Irrigationssystem

- NavinaTM  Peristeen®  Qufora®  
 andere \_\_\_\_\_

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

Die Kapitel beziehen sich auf die Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) der Krankenpflege-Leistungsverordnung.

Lieferant: Publicare AG | Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf | Telefon +41 56 484 15 00  
Fax +41 56 484 15 11 | E-Mail [instruktionen@publicare.ch](mailto:instruktionen@publicare.ch) | ZSR-Nr. A7535.19

## Patientenerklärung

Auszufüllen bei Anmeldung zur TAI-Instruktion.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Ich bevollmächtige die Publicare AG, meine persönlichen Daten (soweit zur Erbringung der Instruktion nötig) an die zugeteilte Pflegefachperson der ParaHelp weiterzuleiten, damit eine bestmögliche Anleitung vor Ort gewährleistet werden kann.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_