

Dauerrezept Stomaversorgung

Unterzeichnetes Rezept an Publicare. E-Mail: info@publicare.ch / Fax: +41 56 484 1511

Rezeptierende Stelle

Stempel / Unterschrift

Datum _____

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. _____

KLV / MiGeL Kapitel 29. / 35. / 99.

Krankheit
Unfall
IV

Colostomie
Fistel
Ileostomie
Urostomie

Temporär
Temporär
Temporär

Definitiv
Definitiv
Definitiv

Anzahl Versorgungen: _____

Artikel-Nr. _____

Produkt _____

Menge 1. Lieferung _____

Bemerkungen

Ausschneiden rund: _____ mm

Ausschneiden oval: Breite _____ mm, Höhe _____ mm

Ausschneiden gemäss Schablone

Institution _____

Abteilung / Stützpunkt _____

Signatur Vermittler/-in _____

Telefon für Rückfragen _____

Lieferant: Publicare AG | Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf | Telefon +41 56 484 1500

Fax +41 56 484 1511 | info@publicare.ch | www.publicare.ch | ZSR-Nr. A7535.19

DC|032023