

Dauer-Rezept für Inkontinenzprodukte

Verordnende Stelle

Stempel

Gültigkeit 1 3 6 12 Monate

Datum _____

Unterschrift _____

Personalien

Name	Vorname	
Strasse	Nr.	
PLZ	Ort	
Telefon		
Geburtsdatum		
Abrechnungsart	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV
Krankenkasse/Versicherung		
Versicherten-Nr.		

Einteilung nach MiGeL

Inkontinenzgrad für absorbierende Produkte: <input type="checkbox"/> mittlere Inkontinenz 15.01.01.00.1 <input type="checkbox"/> schwere Inkontinenz 15.01.02.00.1 <input type="checkbox"/> totale Inkontinenz 15.01.03.00.1	Urinalkondome & Zubehör <input type="checkbox"/> Urinalkondome 15.16 <input type="checkbox"/> Beinbeutel 15.14
Einmalkatheterismus ISK <input type="checkbox"/> Einmalblasenkatheter 15.10	
	

Artikel-Nr.	Produkt-Name	Charrière / Grösse	Menge

Andere Lieferadresse:

Bemerkungen:

Leistungserbringer - ZSR-Nr. S598501 – GLN 7601002826730

Mediq Suisse homecare
Tel: 0800 810 808

Rosengartenstrasse 25
Fax: 044 986 21 65

CH-8608 Bubikon
homecare@mediq-suisse.ch