

Dauer-Rezept Stomaversorgung

Verordnende Stelle

Stempel

Datum

Gültigkeit

Monate

Unterschrift

Personalien

| | | |
|------------------|---------|--|
| Name | Vorname | |
| Strasse | Nr. | |
| PLZ | Ort | |
| Telefon | | |
| Geburtsdatum | | |
| Krankenkasse | | |
| Versicherten-Nr. | | |

MiGeL 29.01.01.00.1

Material für Stoma- und Fistelversorgung

1 Stoma

2 Stomata

3 Stomata

| Artikel-Nr. | Produkt-Name | Menge |
|-------------|-----------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 02.101-20 | Dansac Hygienebeutel gratis | |

individueller Zuschnitt

nach Mass:

mm

nach Schablone

Andere Lieferadresse:

Bemerkungen: