



Inkontinenz Dauerrezept

Patient

Vor-/Nachname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse

Krankenkasse/Ort _____

Versicherungs-Nr. _____ IV Verfügungs-Nr. _____

Krankenpflege-Leistungsverordnung MiGeL

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Mittlere Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Anale Irrigation |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Schwere Inkontinenz | <input type="checkbox"/> ISK (intermittierender Selbstkatheterismus) |
| <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> Totale Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Suprapubische- oder transurethrale Dauerableitung |

Artikel

Menge	Artikel-Nr.	Artikelname
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____ GLN Nummer _____
Praxisstempel _____

Bitte unterzeichnetes Formular senden an institutionen@zurrose.ch