



# 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	Pharmacode	Artikelname
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ GLN Nummer \_\_\_\_\_  
Praxisstempel \_\_\_\_\_

Bitte unterzeichnetes Formular senden an [institutionen@zurrose.ch](mailto:institutionen@zurrose.ch)