

Stoma 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"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> defintiv |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> defintiv |
| <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> Ileostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> defintiv |
| | <input type="checkbox"/> Urostomie | | |

Artikel

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

Bemerkungen

- Ausschneiden auf _____ mm Ausschneiden gemäss Schablone

Datum _____ Unterschrift _____ GLN Nummer _____
Praxisstempel _____

Bitte unterzeichnetes Formular senden an institutionen@zurrose.ch