



Wundversorgung Dauerrezept

Patient

Vor-/Nachname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse

Krankenkasse/Ort _____

Versicherungs-Nr. _____ IV Verfügungs-Nr. _____

Krankenpflege-Leistungsverordnung MiGeL

- Krankheit Unfall IV
- Produkte zur Kompressionstherapie Produkte zur Wundbehandlung exkl. Limitationen
- Aktivkohle, Limitation Material für die Fistelversorgung

Artikel

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

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift _____ GLN Nummer _____
Praxisstempel _____

Bitte unterzeichnetes Formular senden an institutionen@zurrose.ch