



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

## Bemerkungen

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

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

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