



Ordonnance permanente pour le soin des plaies

Patient

Prénom / Nom de famille _____

Rue / N° _____

NPA / Localité _____

Numéro de téléphone _____ Date de naissance _____

Caisse-maladie

Caisse-maladie / Localité _____

N° d'assurance _____ N° de décision AI _____

LiMA de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

- Pathologie Accident AI
- Produits pour thérapie de compression Produits de traitement des plaies (à l'exclusion des limitations)
- Charbon actif, limitation Matériel destiné au soin des fistules

Article

Quantité	Référence article	Nom de l'article
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Remarques

Date _____ Signature _____ Numéro GLN
Cabinet médical _____

Veuillez envoyer le formulaire signé à l'adresse institutionen@zurrose.ch