

Dauerrezept für Wundversorgung

Personalien

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
AHV-Nr.: _____

Krankenkasse:

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____
Ort: _____ IV-Verfügungsnummer: _____

KLV / MiGeL Kapitel 17./29./35./99.

Krankheit	Verordnung Kompressionstherapie Kap. 17.
Unfall	Verordnung Wundbehandlung exkl. Limitationen, Kap. 35./99.
IV	Verordnung Aktivkohle, Limitation, Kap. 35.03 Verordnung Material für die Fistelversorgung, Kap. 29.01.

Artikel-Nr.	Produkt	Menge
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel / Adresse des Arztes

Dauerrezept bitte an folgende Adresse senden:

Praximedico AG, Bleichelstrasse 22, 9055 Bühler
praximedico@hin.ch