

## Dauerrezept für ableitende Inkontinenzprodukte

### 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	Transurethrale Harnableitung
Unfall	Suprabubische Harnableitung
IV	ISK (intermittierender Selbstkatheterismus)
	Urinalkondome / Rolltrichter

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