

Dauerrezept für aufsaugende Inkontinenzprodukte

Personalien

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

AHV-Nummer: _____

Krankenkasse:

Krankenkasse: _____

Ort: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Rezept (vom Arzt auszufüllen)

Mittlere Inkontinenz

Harnverlust in 4 Stunden ab 100ml

Schwere Inkontinenz

Harnverlust in 4 Stunden ab 200ml

Totale Inkontinenz

Unkontrollierter, anhaltender Urin- und/oder Stuhlverlust

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel / Adresse des Arztes

Dauerrezept bitte an folgende Adresse senden:

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