

Dauerrezept für medizinische Hilfsmittel

Personalien

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

Krankenkasse:

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

KLV / MiGeL Kapitel

Krankheit
Unfall
IV

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