

Dauerrezept für Inkontinenz-Hilfsmittel

Personalien

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

AHV-Nr.:

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 Stuhlverlust

Stempel / Adresse des Arztes:

Datum

Unterschrift des Arztes

Dauerrezept bitte an folgende Adresse senden:

Praximedico AG, Bleichelstrasse 22, 9055 Bühler
Tel. 071 335 77 66, Fax 071 335 77 69, info@praximedico.ch
www.praximedico.ch