

# Dauerrezept Inkontinenz

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Mittlere Inkontinenz MiGeL: 15.01.01.00.1L  Schwere Inkontinenz MiGeL: 15.01.02.00.1L

Totale Inkontinenz MiGeL: 15.01.03.00.1L  IKS (Intermittierender Selbstkatheterismus)

erhöhte Infektionsgefahr

definitiv

temporär

Art.-Nr.	Artikelbezeichnung	Anzahl

Datum: \_\_\_\_\_  Senden  wird abgeholt

Verordnende Stelle \_\_\_\_\_  Spital  Zimmer

Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**9006 St.Gallen**  
Shopping Silberturn  
Rorschacherstrasse 154  
Tel. 071 243 60 60  
Fax 071 243 60 61  
info@spiess-kuehne.ch  
spiess-kuehne@hin.ch  
spiess-kuehne.ch

**7000 Chur**  
Loestrasse 2/4  
Tel. 081 252 36 54  
Fax 081 253 68 45  
chur@spiess-kuehne.ch

**8280 Kreuzlingen**  
Tellstrasse 13  
Tel. 071 672 24 82  
Fax 071 672 24 52  
kreuzlingen@spiess-kuehne.ch

**8640 Rapperswil**  
Neue Jonastrasse 52  
Tel. 055 210 95 70  
Fax 055 210 95 71  
rapperswil@spiess-kuehne.ch

**8400 Winterthur**  
Lagerhausstrasse 3  
Tel. 052 222 96 49  
Fax 052 223 00 15  
winterthur@spiess-kuehne.ch

Mitglied der Verbände



VERBAND  
FUSS & SCHUH