

# Dauerrezept Inkontinenz

Herr  Frau

Name		Vorname	
Adresse		PLZ / Ort	
Telefon		Geburtsdatum	
Kostenträger		Versicherten-Nr.	

- |   |                     |  |                                   |
|---|---------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mittlere Inkontinenz     | MiGeL:15.01.01.001L | <input type="checkbox"/> Schwere Inkontinenz                         | MiGeL:15.01.02.001L               |
| <input type="checkbox"/> Totale Inkontinenz       | MiGeL:15.01.03.001L | <input type="checkbox"/> ISK (Intermittierender Selbstkatheterismus) |                                   |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Infektionsgefahr |                     | <input type="checkbox"/> definitiv                                   | <input type="checkbox"/> temporär |

Art.-Nr.	Artikelbezeichnung	Anzahl

- Senden       wird abgeholt       Spital       Zimmer

Datum		Unterschrift	
-------	--	--------------	--

Stempel Verordnende Stelle

**9006 St. Gallen**  
Shopping Silberturm  
Rorschacherstrasse 154  
T 071 243 60 60  
spiess-kuehne@hin.ch  
info@spiess-kuehne.ch  
spiess-kuehne.ch

**7000 Chur**  
Loestrasse 2/4  
T 081 252 36 54  
spk-chur@hin.ch  
chur@spiess-kuehne.ch

**8280 Kreuzlingen**  
Tellstrasse 13  
T 071 672 24 82  
spk-kreuzlingen@hin.ch  
kreuzlingen@spiess-kuehne.ch

**8280 Kreuzlingen**  
Sanitätshaus Steuer  
Hauptstrasse 59  
T 071 672 50 65  
info@sanitätshaus-steuer.ch

Mitglied der Verbände



**8640 Rapperswil**  
Neue Jonastrasse 52  
Tel. 052 210 95 70  
spk-rapperswil@hin.ch  
rapperswil@spiess-kuehne.ch

**8400 Winterthur**  
Lagerhausstrasse 3  
Tel. 052 222 96 49  
spk-winterthur@hin.ch  
winterthur@spiess-kuehne.ch