

Inkontinenz-Dauerrezept

Herr Frau

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Kostenträger:

Telefon:

Versicherten Nr.:

Geburtsdatum:

Mittlere Inkontinenz MiGeL: 15.01.01.00.1L

definitiv

senden

Schwere Inkontinenz MiGeL: 15.01.02.00.1L

temporär

wird abgeholt

Totale Inkontinenz MiGeL: 15.01.03.00.1L

Spital / Zimmer

ISK (Intermittierender Selbstkatheterismus)
erhöhte Infektionsgefahr

Art. Nr.

Artikelbezeichnung

Anzahl

Datum:

Notizen:

Verordnende Stelle

Stempel und Unterschrift:

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

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

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

Mitglied der
Berufsverbände

SVOT

ASTO

www.spiess-kuehne.ch

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

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

