

# Dauerrezept für die Wundbehandlung und Kompression

☛ unterzeichnetes Rezept an Publicare. Fax: 056 484 15 11

Rezeptierende Stelle:

---

Stempel / Unterschrift

Datum:

Gültigkeit bei Krankheit: 12 Monate

## Personalien:

---

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

## Krankenkasse:

---

Name:

Ort:

Versicherungs-Nr.:

IV Verfügungs-Nr.:

## KLV / MiGeL Kapitel 17. / 29. / 34. / 99.

---

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Produkte zur Kompressionstherapie gemäss Kap. 17.                   |
| <input type="checkbox"/> Unfall    | <input type="checkbox"/> Produkte zur Wundbehandlung exkl. Limitationen                      |
|                                    | <input type="checkbox"/> Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitationen gemäss Kap. 34.06.01 |
|                                    | <input type="checkbox"/> Produkte zur Wundbehandlung inkl. Limitationen gemäss Kap. 34.06.02 |
|                                    | <input type="checkbox"/> Hydrogel, Limitation gemäss Kap. 34.10                              |
|                                    | <input type="checkbox"/> Material für die Fistelversorgung, Kap. 29.02                       |

### 1. Lieferung:

Tubifast-Produkte:

Weitere Produkte:

Artikel-Nr.

Produkt

Menge 1. Lieferung

Bemerkungen:

.....

.....

Institution:

Name Abteilung:

Datum:

Signatur Vermittlerin:

Prozedere:

Unterzeichnetes Rezept ⇒ Publicare Telefax 056 484 15 11 ⇒ Auslieferung mit der Post in neutraler Verpackung

Lieferant: Publicare AG | Vorderi Böde 9 | 5452 Oberrohrdorf | Telefon 056 484 15 00 | Telefax 056 484 15 11 | bestellung@publicare.ch | ZSR A7535.19

Die Kapitel beziehen sich auf die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) der Krankenpflege-Leistungsverordnung.

© 2015 by Publicare AG