

Dauerrezept Inkontinenz

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Rezeptierende Stelle

Datum

Stempel und Unterschrift

Personalien

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Geburtsdatum

Krankenkasse

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Ort

- Krankheit
 Unfall
 IV
 Selbstanwender

MiGel Kapitel

- Mittlere Inkontinenz
 Schwere Inkontinenz
 Totale Inkontinenz

Artikel-Nr.	Produkte 1. Lieferung	Menge

Bemerkungen

 Bitte leiten Sie **das Rezept zusammen mit der Rechnung** an Ihre Krankenkasse weiter.



Nehmen Sie mit uns Kontakt auf. Wir beraten Sie gerne kostenlos unter:

041 349 05 43

MoliCare.ch Service-Team:
info@molicare.ch