

Dauer-Rezept

Verordnende Stelle

Datum: .
Gültigkeit: Monate
Unterschrift:

Personalien	
Name	Vorname
Strasse	Nr.
PLZ	Ort
Telefon	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	

Stoma	MiGeL	Wundversorgung / Inkontinenz	MiGeL
☐ Stoma- & Fistelversorgung	29.01.01.00.1	☐ Wundversorgung	35. & 17. & 99.
☐ 2 Stomata oder Fisteln		☐ Inkontinenz	15.
☐ 3 Stomata oder Fisteln		☐ mittlere Inkontinenz	15.01.01.00.1
		☐ schwere Inkontinenz	15.01.02.00.1
		☐ totale Inkontinenz	15.01.03.00.1

Artikel-Nr.	Produkt-Name	Menge

Individueller Zuschnitt

☐ nach Mass: mm ☐ nach Schablone

Andere Lieferadresse:

Bemerkungen: