

Ärztliche Verordnung für MiGe Material

Pflegeinstitution

Telefon

E-Mail

PatientIn

Name, Vorname

Geschlecht w m

Geb.Datum

Versichertenr.

AHV-Nummer

Krankenkasse

Pflegeinstitution

Ort

Arzt

Name, Vorname

E-Mail

MiGe Produkte

mittlere Inkontinenz Kap. 15.01.01

Kompressionstherapie Kap. 17

schwere Inkontinenz Kap 15.01.02

Wundbehandlung Kap. 35 & 99

totale Inkontinenz Kap. 15.01.03

Suprap./trans. Dauerableitung Kap. 15.11

übrige Inkontinenz-Hilfen Kap. 15

Sauerstofftherapie Kap. 14

Übriges Pflegematerial**Begründung/Diagnose**

Krankheit

Unfall

Datum und Ort:

Unterschrift mit Stempel (Arzt)