

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./35./99.

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Produkte zur Kompressionstherapie, Kap.17. |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Produkte zur Wundbehandlung exkl. Limitationen, Kap.35./99. |
| <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> Aktivkohle, Limitation, Kap.35.03. |
| | <input type="checkbox"/> Material für die Fistelversorgung, Kap.29. |

1. Lieferung:

Produkt	Menge	Produkt	Menge
---------	-------	---------	-------

Bemerkungen:

Datum:	Name Vermittlerin:
	Signatur Vermittlerin:

Patientenerklärung

Ich bevollmächtige die Publicare AG, meine persönlichen Daten (soweit zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit nötig) und Arztrezepte, an die Apotheke Husmatt, Baden-Dättwil, weiterzuleiten, damit mir unter Überwachung eines Apothekers und in dessen Auftrag das rezeptierte Arzneimittel (Desinfektionsmittel) zusammen mit den anderen Hilfsmitteln von der Publicare AG zugestellt werden kann.

Eine Liste gleichzeitig angewandter Arzneimittel lege ich dem Rezept bei, damit der Apotheker allfällig unerwünschte Reaktionen überprüfen kann.

Bei Problemen in der Anwendung des Desinfektionsmittels werde ich sofort Kontakt mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt aufnehmen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich bei Bedarf nach einer weitergehenden Beratung bezüglich dem Desinfektionsmittel an die Apotheke Husmatt, Baden-Dättwil (Telefon 056 493 00 18) wenden kann und dass mir weder Mehrkosten noch Umtriebe bei der Abrechnung durch die Krankenkasse entstehen.

Ort / Datum: _____, den _____

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kundennummer:
(sofern vorhanden) _____

Unterschrift: _____