

Ärztliche Verordnung Inkontinenz-Unterwäsche Erwachsene

Name :
Geburtsdatum :
Adresse:
.....
PLZ / Ort:
Telefon:
Krankenkasse-Nr:



Verordnung:

Die oben genannte Person leidet an mittlerer Inkontinenz. Darf ich Sie bitten, einen Teil der Kosten zu übernehmen für die aufsaugende Unterhosen für Erwachsene, zur Unterstützung der Behandlung von Tagesinkontinenz.

Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz.

Urinverlust > 100 - 200ml/4h.

Krankenkasse MiGel Positions-Nr:

15.01.01.00.1

CHF 542,00 pro Jahr pro Jahr

Besten Dank und freundliche Grüsse

Datum/ Ort:

Unterschrift Arzt:

.....

