

# Ärztliche Verordnung Inkontinenz-Unterwäsche Kinder

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



## Verordnung:

Oben erwähntes Kind leidet an mittlere Inkontinenz. Darf ich Sie bitten, einen Teil der Kosten zu übernehmen für die aufsaugende Unterhosen für Kinder, 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:

