

## Dauerrezept zur Stomaversorgung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon / Mobile	

## Versicherer

Krankenkasse

Invalidenversicherung

Unfallversicherung

Name	
Ort	

Sozialversicherungs-Nr.	
IV-Verfügungs-Nr.	
Schaden-Nr.	

## KLV / MiGel. Kapitel 29. / 35. / 99.

Krankheit

Colostomie

temporär

definitiv

Unfall

Fistel

temporär

definitiv

Invalidität

Ileostomie

temporär

definitiv

Urostomie

## Erste Lieferung

Art. Nr.	Bezeichnung	Verpackungseinheit	Menge

Gewünschte Lieferadresse (wenn nicht identisch mit Hauptadresse)

Bemerkung

Spital	
Datum	

Name Abteilung	
Name Vermittler/in	

Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_