

## Dauerrezept Inkontinenz

### Rezeptierende Stelle

Stempel / Unterschrift

Institution:

Name:

Datum:

Gültigkeit: Monate

### Personalien

Anrede	
Vorname Name	
Strasse Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versicherungs-Nr.	

### Art der Inkontinenz

### Therapie

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Mittlere Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Einmalblasenkatheter (ISK) |
| <input type="checkbox"/> Unfall    | <input type="checkbox"/> Schwere Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Verweilkatheter            |
| <input type="checkbox"/> IV        | <input type="checkbox"/> Totale Inkontinenz   | <input type="checkbox"/> Anale Irrigation           |
|                                    |   | <input type="checkbox"/>                            |

Artikel-Nr.	Produkt Bezeichnung	Menge

### Bemerkungen