

Dauerrezept Stomaversorgung

Rezeptierende Stelle

Stempel / Unterschrift

Institution:

Name:

Datum:

Gültigkeit: Monate

Personalien

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

Stomaart

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Ileostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
| <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> Fistel | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
| | <input type="checkbox"/> Urostomie | | |

Artikel-Nr.	Produkt	Menge

- Zuschnitt auf (mm) Zuschnitt nach Schablone

Bemerkungen