

HAUPTADRESSE  
all4care ag  
Route du Verney 18  
CH-1070 Puidoux

Kontakt Deutschschweiz  
Heidelberg 1  
CH-9216 Hohentannen

Te . 058 255 12 33  
Fax 058 255 12 32  
WhatsApp: 078 410 48 05  
e-Mail : info@all4care.ch  
HIN : all4care@ovan.ch

all4care  
**Dauerrezept  
Inkontinenz**

ZSR-Nummer D679722

☐ Neuverordnung

☐ Folgeverordnung

Lieferung bitte

☐ schnell

☐ normal

für

☐

☐ 6

☐ 12 Monate

Rechnungsanschrift

|         |  |         |  |              |  |
|---------|--|---------|--|--------------|--|
| Name    |  | Vorname |  | Anrede       |  |
| Strasse |  | Ort     |  | Postleitzahl |  |
| Telefon |  | E-Mail  |  |              |  |

Abweichende Lieferanschrift

|         |  |         |  |              |  |
|---------|--|---------|--|--------------|--|
| Name    |  | Vorname |  | Anrede       |  |
| Strasse |  | Ort     |  | Postleitzahl |  |

☐ Krankenversicherung

☐ Unfallversicherung

☐ IV

|              |  |                     |           |
|--------------|--|---------------------|-----------|
| Versicherung |  | Covercard-Nr        | 807 ..... |
| Geburtsdatum |  | Versicherungsnummer |           |

Diagnose

Kontinenzgrad

Therapie

|  |                                               |                                                |
|--|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> Mittlere Inkontinenz | <input type="checkbox"/> ISK                   |
|  | <input type="checkbox"/> Schwere Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> Transanale Irrigation |
|  | <input type="checkbox"/> Totale Inkontinenz   | <input type="checkbox"/> .....                 |

| Produkt/ Artikelnummer | Menge | Bemerkungen |
|------------------------|-------|-------------|
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |
|                        |       |             |

Kontaktperson für Rückfragen

|      |  |         |  |
|------|--|---------|--|
| Name |  | Telefon |  |
|------|--|---------|--|

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel Verschreiber



an info@all4care.ch senden