Verordnung Inkontinenz (ab 5.Lebensjahr)

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____

Diagnose / ICD: _____
_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte / r Patient / in befindet sich seit dem _____ in unserer stationärer Behandlung.
Für die weitere häusliche Versorgung werden folgende Artikel verordnet:

Anzahl/Stück	Zubehör
	Urinbeutel / Urinbeinbeutel
	Beinbeutelbefestigung
	Omnifix elastic 10 x 10 cm
	Softasept N Desinfektionsspray 250 ml
	Urinflasche
	Steckbecken

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum	Stationsarzt / Stationsärztin	Stempel / Unterschrift Stationsarzt / ärztin