

Name/Vorname

Geburtsdatum

Diagnose

Verordnung für:

Verbandmaterial für einen lymphologischen Kompressionsverband

welcher für die Entstauungstherapie beginnend am: _____ benötigt wird.

☐ Kurzzugbinden	___ Stk	☐ 6cm x 5m	17.30.01.01.1
	___ Stk	☐ 8cm x 5m	17.30.01.02.1
	___ Stk	☐ 10cm x 5m	17.30.01.03.1
	___ Stk	☐ 12cm x 5m	17.30.01.04.1
☐ Langzugbinden	___ Stk	☐ 15cm x 5m	17.30.01.13.1
☐ Polsterbinde	___ Stk	☐ 10cm x 3m	17.30.05.12.1
	___ Stk	☐ 15cm x 3m	17.30.05.13.1
☐ Schlauchverband	___ m	☐ 6cm	35.01.08.04.1
	___ m	☐ 8cm	35.01.08.05.1
	___ m	☐ 10cm	35.01.08.06.1
☐ Gazebinden	___ Stk	☐ 4cm x 4m	35.01.06.01.1
	___ Stk	☐ 6cm x 4m	35.01.06.03.1
☐ Fixierpflaster	___ Stk	☐ 2.5cm x 9.2m weiss	35.01.09.03.1
☐ Pelotte Schaumstoff	___ Stk		17.30.15.00.1

Datum

Unterschrift/Stempel

Ihre telefonische Anmeldung nehmen wir gerne unter
041 261 08 08 entgegen