

Bestellung Trinknahrungen

Name der zuweisenden Organisation:			
Name der zuweisenden Person:			
An:	HomeCare Mitte Team Tel. 058 851 97 13 E-Mail an: homecare.mitte@bichsel.ch	Datum:	

Angaben der Patientin/des Patienten:

Vorname/Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

AHV-Nummer: _____

Spitex: _____

☐ Der Antrag für die Kostenübernahme bei der Krankenkasse läuft

Am _____ folgende Produkte an die Patientin/den Patienten schicken (Post Priority)

Produkt: _____

Menge: _____

Aromen: _____

- ☐ *Starterset energiereich 400 kcal mit und ohne Nahrungsfasern
- ☐ *Starterset proteinreich faserarm
- ☐ *Starterset 300 kcal faserarm
- ☐ *Starterset Compact mit und ohne Nahrungsfasern

Bemerkungen:

*Starterset: Die Startersets sind ebenfalls kostenpflichtig

03.08.2026 / MED