

Commande de suppléments nutritifs oraux

Nom de l'organisation référente:			
Nom de la personne référente:			
A:	HomeCare Team West Tél. 033 827 80 11 ou par fax 0800 827 899 E-Mail à: homecare.west@bichsel.ch	Date:	

Données du patient/te:

Prénom/nom: _____

Adresse: _____

Code postal/lieu: _____

Numéro de tél.: _____

Date de naissance: _____

Caisse maladie: _____ No. d'ass.: _____

Numéro AVS : _____

Soins à domicile: _____

☐ La demande de prise en charge des coûts de l'alimentation va suivre prochainement.

Merci d'envoyer les produits suivants au/à la patient/e pour le: _____

Produit: _____

Quantité: _____

Arômes: _____

- ☐ *Set de dégustation riche en énergie 400 kcal avec et sans fibres
- ☐ *Set de dégustation riche en protéines pauvre en fibres
- ☐ *Set de dégustation 300 kcal pauvre en fibres
- ☐ *Set de dégustation Compact avec et sans fibres
- ☐ *Set de dégustation Junior riche en énergie avec et sans fibres

Remarques:

*Set de dégustation: Les sets de dégustations sont également payants

18.10.2023 / MED