



Ärztliche Verordnung für Eindickungsmittel

An:	Homecare Bichsel, Weissenastrasse 73, 3800 Unterseen Per Fax oder Mail an: 0800 827 899 / homecare@bichsel.ch	Datum:	
-----	---	--------	--

Angaben der Patientin / des Patienten:

Vorname/Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Gewünschtes Produkt bitte ankreuzen:

- Abbott Multi-Thick 250g Dose
- Nutilis 300g Dose
- Nutilis 20 x 12g Beutel
- Nutilis Clear 175g Dose
- ThickenUp Neutral 227g Dose
- ThickenUp Clear 125g Dose
- ThickenUp Clear 900g Dose
- ThickenUp Clear 24 x 1.2 g – Hinweis Selbstkostenanteil
- ThickenUp Gel Express 450ml – Hinweis Selbstkostenanteil
- Thick & Easy Instant Pulver 225g Dose
- Thick & easy Clear 126g Dose

Gültigkeitsdauer: _____

Angaben Arzt:

Vorname/Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum:

Unterschrift Arzt: