

## Bestellung Trinknahrungen

Name der zuweisenden Organisation:			
Name der zuweisenden Person:			
An:	HomeCare Ost, Team Tel. 033 827 80 12 oder per Fax 0800 827 899 E-Mail an: <a href="mailto:homecare.ost@bichsel.ch">homecare.ost@bichsel.ch</a>	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

18.10.2023 / MED