



## Prescription médicale pour épaississant

À :	Homecare Bichsel, Weissenaustrasse 73, 3800 Unterseen Par fax ou par e-mail: 0800 827 899 / <a href="mailto:homecare@bichsel.ch">homecare@bichsel.ch</a>	Date:	
-----	---	-------	--

### Données du/de la patient-e :

Prénom/Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal/Lieu: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Caisse Maladie: \_\_\_\_\_ Numéro d'assuré : \_\_\_\_\_

### Cocher le produit souhaité :

- Abbott Multi-Thick 250g Boîte
- Nutilis 300g Boîte
- Nutilis 20 x 12g Sachet
- Nutilis Clear 175g Boîte
- ThickenUp Neutral 227g Boîte
- ThickenUp Clear 125g Boîte
- ThickenUp Clear 900g Boîte
- ThickenUp Clear 24 x 1.2 g - Remarque - quote-part Resource
- ThickenUp Gel Express 450ml - Remarque - quote-part
- Thick & Easy Instant Poudre 225g Boîte
- Thick & Easy Clear 126g Boîte

Durée de validité: \_\_\_\_\_

### Données du médecin:

Prénom/Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal/Lieu: \_\_\_\_\_

Numéro du téléphone: \_\_\_\_\_

Lieu, date:

Signature du médecin: