

# Ärztliche Verordnung für ambulante Therapie/Mietservice



## Patientenangaben oder Patientenaufkleber

Herr  Frau

Name und Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geb. Datum:

Tel./Mobile:

## Versicherungsangaben (bitte vollständig ausfüllen)

Unfallversicherung (UVG)

Krankenkasse (KVG)  Krankheit  Unfall

Name Versicherung:

Unfall-Nr. (UVG):

Versicherten-Nr. (KVG):

Arbeitgeber:

Vormund bei Minderjährigen:

## Therapieangaben

Diagnose:

Therapiestart:

geplante Therapiedauer: \_\_\_\_\_ Wochen (max. 8 Wochen)

Verlängerung für: \_\_\_\_\_ Wochen (max. 4 Wochen)

## Artikel


## Verordnerangaben

Name:

Datum:

Unterschrift:

Stempel/Adresse:

Bitte Verordnung an [mietservice@medicalpartner.ch](mailto:mietservice@medicalpartner.ch) senden oder auf <https://www.medicalpartner-mietservice.ch> hochladen.