

Rezept für orthopädische Bandagen und Orthesen

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: _____

(UVG) Unfall-Nr.: _____	(KVG) Versicherten-Nr.: _____
Arbeitgeber: _____	Vormund bei Minderjährigen: _____

Therapieangaben

Diagnose: _____

Artikel

Verordnerangaben

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel/Adresse: _____

Bitte senden Sie das Rezept an orthosolutions@hin.ch. Besten Dank