

# Rezept für orthopädische Bandagen und Orthesen



## Patientenangaben oder Patientenaufkleber

Name:	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:

---

---

---

---

## Artikel

┌	┐
└	┘

## Verordnerangaben

Name:

---

Datum: Unterschrift:

---

Stempel/Adresse:

Bitte Rezept an [kundendienst@medicalpartner.ch](mailto:kundendienst@medicalpartner.ch) senden