

ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINDICKUNGSMITTEL

Abholung über lokale Apotheke

Versand via HomeCare

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Vorname / Name

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Vers.-Nr

DAUERREZEPT

3 Monate

6 Monate

9 Monate

1 Jahr

PRODUKT *(bitte ankreuzen)*

ThickenUP® clear neutrales Pulver, klar & Amylase resistent
125g Dose (= 52 Portionen*)

ThickenUP® clear neutrales Pulver, klar & Amylase resistent
900g Dose (= 375 Portionen*)

ThickenUP® clear praktisch für unterwegs (evtl. Selbstkostenanteil)
Sticks – 24 x 1,2 g (= 12 Portionen*)

ThickenUP® ideal zum Andicken von Suppen & pürierten Speisen (evtl. Selbstkostenanteil)
227g Dose (= 25 Portionen*)

ThickenUP® Gel Express einfache & garantiert Klumpen freies Andicken, Amylase resistent (evtl. Selbstkostenanteil)
450ml Flasche (= 36 Portionen*)



Adresse, Stempel Ärztin / Arzt

Unterschrift Ärztin / Arzt

Ort, Datum

*gemäss MiGeL-Definition