

Verordnung Medikationssets

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Adresse:	Krankenversicherer: Vers.-Nummer:
Spitex / Krankenpfleger-in zuhause:	

- ☐ Medikationsset PICC
- ☐ Medikationsset Implantierter venöser Zugang / Portkatheter
- ☐ Set Antibiotikatherapie
- ☐ Medikationsset Peripherer Zugang
- ☐ Pumpentrennset mit Zytostatika
- ☐ Material für die Heiminfusion
- ☐ Material für Tracheostomie
- ☐ Weiteres Material:

Referenzapotheke

☐ LUGANESE Farmacia Trevano Farmadomo HCP SA Tel. 091 971 22 51 Fax 091 970 34 34 farmaciatrevano@farmadomo.ch	☐ LOCARNESE Farmacia 5vie Farmadomo SA Tel. 091 760 06 66 Fax 091 760 06 68 farmacia5vie@farmadomo.ch
☐ MENDRISIOTTO Farmacia Chiassese Farmadomo SA Tel. 091 682 62 76 Fax 091 682 00 49 farmaciachiassese@farmadomo.ch	☐ BELLINZONA E VALLI Farmacia delle Semine SA Tel. 091 825 25 35 Fax 091 826 45 48 info@farmaciasemine.ch

Gilt als Arztrezept

Datum:	Unterschrift und Arztstempel:
---------------	--------------------------------------