

Rezept für Eindickungsmittel bei einer Dysphagie

Datum _____
Anrede _____
Name / Vorname _____
Geburtsdatum _____
Vollständige Adresse _____
Versicherung _____
Versichertennummer _____

*Auf der Liste der Hilfsmittel sind neu die Eindickungsmittel für Getränke und Nahrungsmittel.
(No pos. 99.02.01.01.1)*

Produkte

ThickenUp Clear

ThickenUP

Thick&Easy clear

Andere Produkt:

Die Produkte können je nach Verträglichkeit und Vorlieben des Patienten angepasst werden.

Verlängerbar bis: _____

Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin :