

Bitte bei der Krankenkasse einreichen!

Verordner

Bewilligungsstempel Krankenkasse

Lieferung an Patient

Lieferung an Apotheke

Name: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
KK u. Vers.Nr.: _____

Apothekenstempel

Kundennummer: _____

MODULEN IBD

MODULEN IBD

12x400 g Dose

PZN: 3445346

Anzahl Krt: _____

Diagnose: _____
Medizinische Begründung: _____

Monatsbedarf/Energiebedarf

Tagesbedarf [kcal]	Menge Pulver [g/Tag]	Anzahl Kartons/Monat
500	100	1
1000	200	2
1500	300	3

Bitte gewünschtes Produkt ankreuzen und Anzahl der Kartons angeben (Monatsbedarf)