

# Ärztliche Verordnung Inkontinenz-Unterwäsche Kinder



Name Kind: .....

Geburtsdatum Kind: .....

Name Eltern: .....

Adresse: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: .....

Krankenkasse-Nr: .....

## Verordnung:

Oben erwähntes Kind leidet an mittlere Inkontinenz. Darf ich Sie bitten, einen Teil der Kosten zu übernehmen für die aufsaugende Unterhosen für Kinder, zur Unterstützung der Behandlung von Tagesinkontinenz.

Aufsaugende Hilfsmittel für mittlere Inkontinenz.

**Krankenkasse MiGel Positions-Nr:**

**15.01.01.00.1**

CHF 544,10 pro Jahr

Besten Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift Arzt:

.....  
Datum/ Ort:



**Urifoon®**  
Hilfe bei Inkontinenz

Ein Geschäftsbereich der  
**NightCare4U GmbH** Rämismatte 3 | 3232 Ins |  
Schweiz +41 32 313 35 61 [www.urifoon.ch](http://www.urifoon.ch)