

Formular ausfüllen → senden an Arzt/Ärztin zur Unterschrift und zusätzlich senden an droga.limmatplatz@droga.ch zur Bestellung

Anzahl	PhCode	Bezeichnung	MiGeL - Kategorie	Packungsbeilage
	17400973	BD SAF-T-INTIMA 22G 0.9x19 mm blau	B (MiGeL)	Nein
	17400968	CADD Medikamentenkassette 50 ml	B (MiGeL)	Nein
	17400969	CADD Medikamentenkassette 100 ml	B (MiGeL)	Nein
	17400967	CADD Medikamentenkassette 250 ml	B (MiGeL)	Nein
	17400975	CADD Verbindungs-Set mit Luer Anschluss	B (MiGeL)	Nein
	17400958	Dreiwegehahn Luer-Lock 360° blau	B (MiGeL)	Nein
	2594831	E SAFE Entsorgungsbox 1.64l	B (MiGeL)	Nein
	17402054	EZ HUBER Sicherheits-Portnadel 20G x 19 mm mit Flügel	B (MiGeL)	Ja
	17402055	EZ HUBER Sicherheits-Portnadel 20G x 25 mm mit Flügel	B (MiGeL)	Ja
	17401465	GRIPPER MICRO Nadel 20G 0.9 x 19 mm	B (MiGeL)	Ja
	17401057	GRIPPER Nadel 20G 0.9 x 16 mm	B (MiGeL)	Ja
	17401034	GRIPPER Nadel 20G 0.9 x 19 mm	B (MiGeL)	Ja
	17400974	GRIPPER Nadel 20G 0.9 x 25 mm	B (MiGeL)	Ja
	17400970	OPSITE FLEXIFIX transparente Folie 10 cm x 1 m	B (MiGeL)	Ja
	17400971	OPSITE FLEXIGRID Wundverband 10 cm x 12 cm	B (MiGeL)	Ja
	17400963	TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2 x 38 mm rosa	B (MiGeL)	Nein
	17400966	TERUMO Agani Einmalkanüle 25G 0.5 x 25 mm orange	B (MiGeL)	Nein
	17400759	TERUMO Spritze 2.5 ml 3-teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)	Nein
	17401030	TERUMO Spritze 5 ml 3-teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)	Nein
	17400760	TERUMO Spritze 10 ml 3 teil zentr Luer-Lock	B (MiGeL)	Nein
	17401476	TERUMO Spritze 20 ml 3-teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)	Nein
	17401016	TERUMO Spritze 50 ml 3 teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)	Nein
	17400972	TOPPER 12 NW Kompressen 5x5 cm unsteril	B (MiGeL)	Nein

<p>Kunde / Kundin Name, Geb.-Datum _____ Adresse, Ort _____ Krankenkasse _____</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Karten-Nummer 8 0 7 5 6 oder alternativ die Vorderseite der Versicherungskarte hier auflegen und vor dem Versenden fotografieren</p> </div>	<p>Name und Vorname Arzt / Ärztin _____</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; margin-top: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Stempel, Datum und Unterschrift</p> </div> <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 5px;">Nach der Unterschrift bitte senden an → droga.limmatplatz@droga.ch</p> <p>Name und Telefonnummer der Kontaktperson der Bestellung (Spitex) _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lieferung: Datum und Uhrzeit _____ an Kunde / Kundin
 an Spitexzentrum (für Kunde / Kundin) _____ an Spitexzentrum (für Lager) _____

Notfall-Bestellungen ausschliesslich von 7.00-8.00 Uhr sowie 19.00-22.00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen von 7.00 bis 22.00 Uhr
Apotheke Oerlikon, Im Bahnhof Zürich-Oerlikon, Hofwiesenstrasse 369, 8050 Zürich, Tel. 044 364 44 44, Fax 044 364 44 46