

Verordnung / Bestellung

Material für das Legen einer Portkanüle

FÜR GESUNDHEIT
UND WOHLBEFINDEN



droga
DROGERIEN
APOTHEKEN

www.achillea.ch

www.droga.ch

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

Anzahl	Bezeichnung
	Gesamt-Material (gemäss Liste)
	1x Sempercare Handschuhe Nitril Gr M steril puderfrei Paar
	1x MEDISET Verbandwechsel Set No 24 1 Btl
	1x IV3000 Windowframe 10x12 cm
	1x Dreiwegehahn Luer-Lock 360° blau
	3x BD PosiFlush NaCl 0.9% 10ml

Zusätzlich nach Bedarf:

Anzahl	PhCode	Bezeichnung	MiGeL - Kategorie	Packungsbeilage
	17400754	BD PosiFlush NaCl 0.9% 10 ml	B (MiGeL)	Ja
	17400958	Dreiwegehahn Luer-Lock 360° blau	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
	17400757	IV3000 Windowframe 10 x12 cm	B (MiGeL)	Ja
	4155188	KODAN forte farblos mit Verschluss 250 ml	A (Verbrauchsmaterial)	Nein
	7780862	MEDISET Wundversorgungsset No 24	B (MiGeL)	Nein
	17402053	Sempercare Handschuhe Nitril Gr M steril puderfrei Paar	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; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Stempel, Datum und Unterschrift</p> <p style="color: red; font-size: small;">Nach der Unterschrift bitte senden an → droga.limmatplatz@droga.ch</p> </div> <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