

Verordnung / Bestellung

Material für die Palliative Care

FÜR GESUNDHEIT
UND WOHLBEFINDEN



droga
LANDSCHAFTS
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)	5x TERUMO Spritze 2.5ml 3 teil zentr Luer-Lock	5x NaCl Braun 0.9 % 20ml Mini PI connect
		3x TERUMO Spritze 5ml 3 teil zentr Luer-Lock	1x Mundsprayflasche leer
		2x TERUMO Spritze 10ml 3 teil zentr Luer-Lock	1x OPSITE FLEXIFIX transparente Folie 10cmx1m
		7x TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2x38mm rosa	5x PEPCO Mundpflegestäbchen Schaumstoff
		5x TERUMO Agani Einmalkanüle 25G 0.5x25mm orange	15x ALKOTIP Alkoholtupfer unsteril
		2x BD SAF-T-INTIMA 22G 0.9x19mm blau	1x FREKA CLYSS Klistier FI 133 ml
		2x VERSCHLUSSKAPPE Luer-Lock rot steril	

Zusätzlich nach Bedarf:

Anzahl	PhCode	Bezeichnung	MiGeL - Kategorie	Packungsbeilage
	17401801	ALKOTIP Alkoholtupfer unsteril 15 Stk	B (MiGeL)	Nein
	17400973	BD SAF-T-INTIMA 22G 0.9x19mm blau	B (MiGeL)	Nein
	1591167	FREKA CLYSS Klistier FI 133 ml	OKP	Nein
		Mundsprayflasche leer	A (Verbrauchsmaterial)	Nein
	17401237	NaCl Braun 0.9 % 20ml Mini PI connect	A (Verbrauchsmaterial)	Nein
	17400970	OPSITE FLEXIFIX transparente Folie 10cmx1m	B (MiGeL)	Ja
	17401239	PEPCO Mundpflegestäbchen Schaumstoff	A (Verbrauchsmaterial)	Nein
	17400963	TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2x38mm rosa	B (MiGeL)	Nein
	17400966	TERUMO Agani Einmalkanüle 25G 0.5x25mm 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
	17400960	Verschliesskappe Luer-Lock rot steril	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-weight: bold;">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