

Verordnung / Bestellung

Material für die Palliative Care

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)	5x TERUMO Spritze 2.5ml 3 teil zentr Luer-Lock	20x VERSCHLUSSKAPE Luer-Lock rot steril
		3x TERUMO Spritze 5ml 3 teil zentr Luer-Lock	10x NaCl Braun 0.9% 10ml Mini PI connect
		5x TERUMO Spritze 10ml 3 teil zentr Luer-Lock	1x Mundsprayflasche leer
		15x TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2 x 38mm rosa	1x OPSITE FLEXIFLEX transparente Folie 10cm x 1m
		10x TERUMO Agani Einmalkanüle 25G 0.5 x 25mm orange	15x ALKOTIP Alkoholtupfer
		2x BD SAF-T-INTIMA 22G 0.9x19mm blau	1x FREKA CLYSS Klistier 133 ml

Zusätzlich nach Bedarf:

Anzahl	PhCode	Bezeichnung	MiGeL - Kategorie
	17401801	ALKOTIP Alkoholtupfer unsteril 15 Stk	B (MiGeL)
	7822614	AVANOS Mundpflegestäbchen Oral Care Swab Btl 20 Stk	A (Verbrauchsmaterial)
	1591167	FREKA CLYSS Klistier FI 133 ml	OKP
		Mundsprayflasche leer	A (Verbrauchsmaterial)
	3539917	NACL Braun 0.9% 10ml Mini PI connect 20Stk	A (Verbrauchsmaterial)
	17400970	OPSITE FLEXIFIX transparente Folie 10cmx1m	B (MiGeL)
	17400963	TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2x38mm rosa	B (MiGeL)
	17400966	TERUMO Agani Einmalkanüle 25G 0.5x25mm orange	B (MiGeL)
	17400759	TERUMO Spritze 2.5 ml 3-teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)
	17401030	TERUMO Spritze 5 ml 3-teilig zentrisch Luer-Lock	B (MiGeL)
	17400760	TERUMO Spritze 10 ml 3 teil zentr Luer-Lock	B (MiGeL)
	17400973	BD SAF-T-INTIMA 22G 0.9x19mm blau	B (MiGeL)
	17400960	Verschliesskappe Luer-Lock rot steril	B (MiGeL)

<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 </p> <p>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