

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

Anzahl	PhCode	Bezeichnung	MiGeL - Kategorie
	17400754	BD PosiFlush NaCl 0.9% 10ml	B (MiGeL)
	2213177	BD VENFLON 1.2x45mm 18G Luer-Lok grün	B (MiGeL)
	2213154	BD VENFLON 1.0x32mm 20G Luer-Lok rosa	B (MiGeL)
	2213148	BD VENFLON 0.8x25mm 22G Luer-Lok blau	B (MiGeL)
	1629160	BRAUN Extension Heidelberg 30cm Luer Lock	B (MiGeL)
	2295264	DERMAPLAST STRETCH Gazebinde weiss 8cmx10m	B (MiGeL)
	17400958	Dreiweghahn Luer-Lock 360° blau	B (MiGeL)
	17400962	INTRAFIX SafeSet 180cm m Rückschlagventil	B (MiGeL)
	17400757	IV3000 Windowframe 10x12 cm	B (MiGeL)
	17401386	MicroClave Clear Konnektor	B (MiGeL)
	7130473	NACL Bichsel Inf Lös 0.9 % 100ml Plastikflasche mit Besteck	B (MiGeL)
	17400758	Schlauchverband STÜLPA FIX Textil elastisch, 30 cm	B (MiGeL)
	17400963	TERUMO Agani Einmalkanüle 18G 1.2x38mm rosa	B (MiGeL)
	17400760	TERUMO Spritze 10ml 3 teil zentr Luer-Lock	B (MiGeL)
	17400745	Transparent Cap Neutra Clear	B (MiGeL)
	17401793	TROGE MEDICAL Perfusion Set Nadel 21G grün	B (MiGeL)
	17401236	TROGE MEDICAL Perfusion Set Nadel 23G blau	B (MiGeL)
	17400994	Überleitungschanüle feinlumig	B (MiGeL)
	17400959	Überleitungschanüle grosslumig	B (MiGeL)
	17400960	Verschlusskappe Luer-Lock rot steril	B (MiGeL)
	17400956	VLIWASOFT Vliesstoffkomresse 5x5cm 6-lagig steril 2 Stk	B (MiGeL)

<p>Kunde / Kundin Name, Geb.-Datum _____ Adresse, Ort _____ Krankenkasse _____</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 10px; text-align: center;"> <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; text-align: center;"> <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