

# ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINDICKUNGSMITTEL

Abholung über lokale Apotheke

Versand via HomeCare

## ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Vorname / Name

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Vers.-Nr

## DAUERREZEPT

3 Monate

6 Monate

9 Monate

1 Jahr

## PRODUKT *(bitte ankreuzen)*

**ThickenUP® clear** neutrales Pulver, klar & Amylase resistent  
125g Dose (= 52 Portionen\*)

**ThickenUP® clear** neutrales Pulver, klar & Amylase resistent  
900g Dose (= 375 Portionen\*)

**ThickenUP® clear** praktisch für unterwegs (evtl. Selbstkostenanteil)  
Sticks – 24 x 1,2 g (= 12 Portionen\*)

**ThickenUP®** ideal zum Andicken von Suppen & pürierten Speisen (evtl. Selbstkostenanteil)  
227g Dose (= 25 Portionen\*)

**ThickenUP® Gel Express** einfache & garantiert Klumpen freies Andicken, Amylase resistent (evtl. Selbstkostenanteil)  
450ml Flasche (= 36 Portionen\*)



## Adresse, Stempel Ärztin / Arzt

## Unterschrift Ärztin / Arzt

## Ort, Datum

\*gemäss MiGeL-Definition