ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR ISOMIX

☐ Abholung über Apotheke

☐ Versand via HomeCare

HomeCares

Bitte auswählen...

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Vorname / Name
Geburtsdatum
Krankenkasse

Adresse
PLZ / Ort
Vers.-Nr

PRODUKT

☐ **Isomix® 30 Sachets x 15.3 g – MiGeL-Position:** 99.03.00.01.1
Orale Rehydrationslösung
(Empfohlene Dosierung: 2 Sachets pro Tag)



Ort, Datum
Adresse, Stempel Ärztin / Arzt

Unterschrift Ärztin / Arzt