

Bitte bei der Krankenkasse einreichen!

**Verordner**

**Bewilligungsstempel Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 KK u. Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Lieferung an Apotheke

**Apothekenstempel**

Kundennummer: \_\_\_\_\_

**Silnea<sup>IBD</sup>**

1 x 700 g Dose  PZN: 5821173 Anzahl: \_\_\_\_\_

6 x 700 g Dose  PZN: 5821196 Anzahl: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Medizinische Begründung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Monatsbedarf/Energiebedarf**

Tagesbedarf	Menge Pulver (g/Tag)	Anzahl Dosen/Monat
500	104	5
1000	208	10
1500	312	16
2000	416	31
2500	520	31

**Bitte gewünschtes Produkt ankreuzen und Anzahl der Dosen angeben (Monatsbedarf).**