

## ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR DAS KONTROLLMATERIAL ZUR DIABETIKERVERSORGUNG

Personalnummer:		
Vor- u. Zuname des Versicherten	SVNR	Geb.-Datum
Vor- u. Zuname des Patienten	SVNR	Geb.-Datum
Lieferadresse		

**Vom Arzt auszufüllen**

Diabetiker seit (Jahr): .....  Typ 1  Typ 2

Insulinpflichtig:  ja  nein

Es sind täglich durchschnittlich ..... Blutzuckermessungen durchzuführen.

**Lieferung:**  **Halbjährlich**  
 **Vierteljährlich** (nur bei einer Gesamtliefermenge ab 5 Pkg/Quartal)  
 **Jährlich** (generell, wenn weniger als 3 Pkg/Jahr Gesamtliefermenge)  
 **auf Abruf**

	Genaue Bezeichnung des Kontrollmaterials	Bedarf
Teststreifen:*		
Nadeln:		
Lanzetten:		

\* Bei einem Bedarf von **über 100 Stk/Quartal** ist bei **nicht insulinpflichtigen** Patienten ein **ärztlicher Schulungsnachweis** mitzuschicken!

\_\_\_\_\_  
Datum. Stempel. Unterschrift des Arztes

**Ich bin einverstanden, dass kompatible Nadeln und Lanzetten (passend für jedes Gerät) geliefert werden!**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Bewilligungsvermerk  
der OÖ. LKUF