

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