

# Bestellschein

für Diabetesbedarf

ÖGK

Andere Kostenträger

1  
Erwerbstätig  
Arbeitslos  
Selbstvers.

5  
Pensionist/in

7  
Kriegshinter-  
bliebene/r

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

			Anzahl	Blutzuckermessgerät	bewilligt
				Patient/in auf Gerät eingeschult Ja/Nein	
Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient/in		<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> Jahr			
Anschrift			Blutlanzetten		
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)					
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)			Blutzuckerteststreifen		
Datum: _____	Diagnose und Therapieform (Therapiekürzel):				
Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin			Hartteststreifen		

## BESTELLSCHEIN FÜR SPRITZEN UND NADELN - PATIENTEN

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

Insulineinstellung: \_\_\_\_\_ Patient/in spritzt \_\_\_\_\_ mal täglich

Patient/in ist auf dem bestellten Pen-Gerät eingeschult.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Bestellung an: Österreichische Gesundheitskasse  
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3

Anz.	Artikel	bew.	Anz.	Artikel	bew.
	<b>Pengeräte für ELI LILLY Insulin:</b>			<b>Pennadeln:</b>	
	Autopen (21 IE) 1er Schritte			Accu-Fine Länge: mm	
	Autopen (42 IE) 2er Schritte			Mylife Clickfine Länge: mm	
	Humapen-Savvio (60 IE) 1er Schritte			NovoFine Nadeln Länge: mm	
				Wellion Medfine plus Länge: mm	
	<b>Pengeräte für NOVO Insulin:</b>			Insupen Nadeln Länge: mm	
	NovoPen Echo PLUS (35 IE) ½ Schritte			Glucoject	
	NovoPen 6 (60 IE) 1er Schritte				
	<b>Pengeräte für AVENTIS Insulin:</b>				
	AllStar Pro Pen 1er Schritte				
	Autopen 24 (21 IE) 1er Schritte			<b>Insulinspritzen (U 100) mit Nadel:</b>	
	Autopen 24 (42 IE) 2er Schritte			B-D Microfine ml Länge: mm	
	JuniorSTAR (30 IE) ½ Schritte			<b>Einmalspritzen</b> 2 ml à 100 Stück	
				<b>Einmalnadeln:</b>	
				Nr. 18 0,45 x 25 mm à 100 Stück	
				Nr. 20 0,40 x 20 mm à 100 Stück	