

Vers.-Nr.:  
Name:  
Strasse:  
PLZ., Ort:  
Tel.  
Vers.-Nr. des Vers.:

## Diabetesversorgung

Tel. +43 5 0766-14505010  
Fax.Nr. +43 5 0766-1466105075  
E-Mail diabetikerversorgung-14@oegk.at

Österreichische - Gesundheitskasse  
Diabetesversorgung  
Garnisonstr.1/ 2.St. / Zi.203  
4020 Linz

### Bestellformular für Diabetes-Produkte

Ich benötige (zutreffendes bitte ankreuzen)

Einmalbelieferung

Quartalsbelieferung

  

ab dem I./II./III./IV. Quartal 202...

Anzahl/Packung/Stück

Type

- |  |       |                                   |
|--|-------|-----------------------------------|
| a) ----- Stück   | ----- | Blutzuckermessgerät               |
| b) ----- Stück   | ----- | Stechgerät für Blutentnahme       |
| c) ----- Stück   | ----- | Insulin - Dosiergeräte            |
| d) ----- Pkg. à 50 Stk.                                  | ----- | Blutzucker - Teststreifen         |
| e) ----- Pkg. a´ 200 Stk.                                | ----- | Blutlanzetten                     |
| f) ----- Pkg. a´ 100 Stk.(0,3ml / 0,5 ml / 1ml ) U100    |       | Plastipakspritzen Länge: ..... mm |
| g) ----- Pkg. a´ 100 Stk.(Novo/B-D/Accu/Med/Click-fine ) |       | Pen-Kanülen Länge: .....mm        |

### Zutreffende Therapieform bitte ankreuzen:

Basis-Bolus Therapie       Insulinpumpe       konvent. Insulintherapie       BOT

Schwangere Diabetikerin       Gestationsdiabetes

OAD       Lebensstil alleine

.....  
Datum

.....  
Unterschrift und Stampiglie des Arztes

.....  
Unterschrift des Patienten