

Bestellformular für „Diabetes-Produkte“

Bitte die Übermittlung der Bestellung
per Mail an diabetikerversorgung@oegk.at senden.

Patient/in: _____ VSNR: _____
Wohnadresse: _____
Telefonnummer: _____
VSNR Versicherter: _____

Ich benötige (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Einmalbelieferung
☐ Quartalsbelieferung ab dem _____ Quartal

Anzahl/Packung/Stück

Type

_____ Stück	_____ Blutzuckermessgerät
_____ Stück	_____ Stechgerät für Blutentnahme
_____ Stück	_____ Insulin - Dosiergeräte
_____ Pkg. à 50 Stk.	_____ Blutzucker - Teststreifen
_____ Pkg. à 200 Stk.	_____ Blutlanzetten
_____ Pkg. à 100 Stk. (0,3ml / 0,5 ml / 1ml) U100	Plastipak Spritzen Länge: _____ mm
_____ Pkg. à 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 | ☐ Lebensstil alleine | ☐ OAD |

Datum

Unterschrift und Stampiglie des Arztes

Unterschrift des Patienten