

Patient(in)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris
Teststraße 1
6900 Bregenz

Versicherte(r)
Frau Mag. Art 2846 020770
Testinger Doris

EKVK-Daten (Pers.-KNr., Träger-KNr., Ablaufdt.)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diagnose/Begründung
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Kontaktdaten Krankenversicherungsträger
Österreichische Gesundheitskasse
Jahngasse 4, 6850 Dornbirn
Tel.: +43 5 0766-191180
FTAPI: https://databox.gesundheitskasse.at/submit/
ausgabestelle
E-Mail: ausgabestelle@oegk.at

Lieferanschrift

Frau Mag. Art Testinger Doris, Teststraße 1 6900 Bregenz
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Therapie

- checkbox Basis Bolus Therapie, Insulinpumpe oder Schwangerschaft
checkbox Andere Insulintherapie
checkbox BOT – basisunterstützte orale Therapie (z.B. Bed-Time Insulintherapie)
checkbox Andere Antidiabetika (orale und parenterale)
checkbox Keine medikamentöse Diabetesbehandlung

Für die Abgabe von Blutzuckerteststreifen ist jährlich eine Folgeverordnung mit der Angabe der Therapie notwendig.

Verordnung

- 1. Patient verwendet folgendes Blutzuckermessgerät
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2. Benötigt Lanzetten für das Stechgerät
checkbox ja checkbox nein
3. benötigt Nadeln für das Injektionsgerät
checkbox 12 mm checkbox 8 mm
checkbox 6 mm checkbox 5 mm checkbox 4 mm