

Bestellung von Diabetikerzubehör für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)

Firma
meditrax GmbH
Logistic Center
Wiener Straße 115/1.2.G
2700 Wiener Neustadt

Tel: +43 2622 23578 0
Fax: +43 2622 23578 888
E-Mail: bestellung@meditrax.at

Alle grau hinterlegten Felder sind zwingend auszufüllen - siehe auch Ausfüllhilfe auf der Rückseite!

Versicherungszugehörigkeit: gewerbliche Wirtschaft oder Landwirtschaft

	Versicherte/r	Hauptversicherte/r (nur ausfüllen, wenn Patient/in mitversichert)
Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SV-Nummer: (SVNRTTMMJJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieferadresse:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Bei allfälligen Rückfragen bin ich tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer:

insulinpflichtig nicht insulinpflichtig Ich messe meinen Blutzucker täglich mal.

- Dauerauftrag 3 Monatsbedarf** (Bedarf wird automatisch quartalsweise beigestellt – keine Bewilligung erforderlich)
- Dauerauftrag 6 Monatsbedarf** (Bedarf wird automatisch halbjährlich beigestellt – keine Bewilligung erforderlich)
- Änderung Dauerauftrag – Mehrbedarf** (nur bei bestehendem Dauerauftrag möglich. Mehrbedarf gegenüber den auf der Rückseite angeführten Bestellmengen – immer von der SVS zu bewilligen)

Bitte tragen Sie in der unten angeführten Tabelle die Anzahl ein. Für eine halbjährliche Belieferung tragen Sie bitte die doppelte Menge, der auf der Rückseite unter „Dreimonatsbedarf“ angeführten Abgabemengen, ein.

Artikelbezeichnung	Anzahl
GlucoMen Areo Teststreifen, 50 Stk.	<input type="text"/>
Glucoject Lanzetten Plus 33G, 200 Stk.	<input type="text"/>
Glucoject Pen Needles 100 Stk. (32G-4mm, 31G-6mm, 31G-8mm) <input type="text"/> mm (Länge in mm eintragen)	<input type="text"/>
Insupen Sensitive Pennadel 100 Stk. (32G-4mm, 32G-6mm, 32G-8mm) <input type="text"/> mm (Länge in mm eintragen)	<input type="text"/>

Ich bestätige mit meiner Unterschrift den aufrechten Leistungsanspruch bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS).

Ort, Datum _____
Unterschrift Versicherte/r

Information zum Dauerauftrag:

In nachfolgender Tabelle finden Sie die festgelegten Abgabemengen für Teststreifen (und Lanzetten). Nach Zusendung dieser Bestellung werden Ihnen die angegebenen Mengen automatisch **quartalsweise** oder **halbjährlich** zugesandt. Eine erneute Zusendung eines Bestellscheines ist nicht notwendig.

Ausfüllhilfe: Bestellmengen von Diabetikerzubehör, gültig ab Mai 2022

	Therapieformen	Zeitraum	Norm- Abgabemenge	Therapie- Kennzeichen
1.	Funktionelle Insulintherapie <i>Basis Bolus Therapie im Sinne von: Basalinsulin plus Bolusinsulin, das zu allen Hauptmahlzeiten gespritzt wird, mit Dosisanpassung nach aktuellem präprandialen Blutzucker und/oder nach der Menge der Kohlehydrate in der Nahrung berechnet wird.</i> <i>Nicht ausreichend Mahlzeiteninsulin nach fixem Schema (= intensivierte konventionelle Therapie).</i>	¼ Jahr	650 Stk.	FIT
a	<i>bei Verwendung eines CGM-Systems mit Kalibrierung</i>	¼ Jahr	bis zu 400 Stk.	CGM-M
b	<i>bei Verwendung eines CGM-Systems ohne Kalibrierung</i>	¼ Jahr	bis zu 200 Stk.	CGM-O
2.	Insulinpumpen-Therapie	¼ Jahr	650 Stk.	CSII
a	<i>bei Verwendung eines CGM-Systems mit Kalibrierung</i>	¼ Jahr	bis zu 400 Stk.	CGM-M
b	<i>bei Verwendung eines CGM-Systems ohne Kalibrierung</i>	¼ Jahr	bis zu 200 Stk.	CGM-O
3.	Therapie für schwangere Diabetikerinnen <i>(d.h. bis zu 8 Messungen pro Tag; Therapieform bleibt erhalten und wird bei med. Notwendigkeit ein Mehrbedarf zur bisherigen Normabgabemenge bewilligt)</i>	¼ Jahr	Norm- Abgabemenge inkl. Mehrbedarf: 650 Stk.	-
4.	Therapie bei Gestationsdiabetes	-	-	-
a	<i>nicht insulinpflichtig</i>	¼ Jahr	550 Stk.	GDM
b	<i>insulinpflichtig</i>	¼ Jahr	650 Stk.	GDM-I
5.	Alle anderen Insulintherapien inkl. intensivierte konventionelle Therapie	¼ Jahr	300 Stk.	CT

	Therapieformen	Zeitraum	Norm- Abgabemenge	Therapie- Kennzeichen
	<i>(d.h. ein 3-Punkt-Profil pro Tag oder drei 7-Punkt-Profile pro Woche)</i>			
6.	Basisunterstützte orale Therapie <i>(z.B. Bed-Time-Insulin; d. h. eine Messung pro Tag und ein 7-Punkt-Profil pro Woche)</i>	¼ Jahr	200 Stk.	BOT
7.	Orale Antidiabetika-Therapie <i>(d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Woche oder Stufenprofil über die Woche)</i>	¼ Jahr	100 Stk.	OAD
8.	Keine medikamentöse Diabetesbehandlung <i>(d.h. ein 7-Punkt-Profil pro Monat)</i>	½ Jahr	50 Stk. + 50 Stk. bei Manifestation	LEB

Die Abgabemenge für den Drei- bzw. Sechsmonatsbedarf wurde in Abstimmung mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) festgelegt. **Es handelt sich dabei um eine einheitliche Maßnahme, die von allen österreichischen Sozialversicherungsträgern mitgetragen wird.**

Die in der Spalte Drei- bzw. Sechsmonatsbedarf angeführten Stückzahlen an Blutzuckerteststreifen sind als Höchstmenge zu verstehen, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt werden.

Diese Menge muss und darf nicht als genereller Anspruch betrachtet werden. Ein Anspruch besteht nur auf die medizinisch notwendige und ärztlich verordnete Menge. Bei begründeter medizinischer Argumentation kann im Einzelfall, **zeitlich befristet**, eine höhere Anzahl von Blutzuckerteststreifen durch den medizinischen Dienst der jeweiligen Sozialversicherung genehmigt werden.

¹⁾ Sollte bei unter Punkt 5 angeführten Gestationsdiabetikerinnen eine Umstellung auf Basis Bolus Therapie oder auf eine Insulinpumpe erfolgen, erhöht sich die Anzahl der Blutzuckerteststreifen auf die dafür vorgesehene Menge.