

*Anforderungsschein  
für  
Diabetiker - Zubehör*

Personalnummer:

SVNR.:

Vor- u. Zuname:  
(des Hauptversicherten) \_\_\_\_\_

Vor- u. Zuname:  
(des Patienten) \_\_\_\_\_

Lieferadresse: \_\_\_\_\_

Diabetiker seit (Jahr):.....  TYP 1  TYP 2

Verwendetes Gerät: \_\_\_\_\_ Alter d. Gerätes: \_\_\_\_\_

- Ich wünsche das Zubehör:**
- Halbjährlich**
  - Vierteljährlich** (nur bei einer Gesamtliefermenge von 5 Pkg/Quartal möglich)
  - Jährlich** (generell, wenn weniger als 3 Pkg/Jahr Gesamtliefermenge)

**( nur vom Arzt auszufüllen )**

	Genauere Bezeichnung des Zubehörs	Bedarf (Pkg.)
Teststreifen:		
Nadeln:		
Lanzetten:		

**Ich bin einverstanden, dass kompatible Nadeln und Lanzetten (passend für jedes Gerät) geliefert werden!**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift  
des Mitgliedes

\_\_\_\_\_  
Datum/ Stempel/  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Bewilligungsvermerk  
der LKUF