

ANTRAG – DIABETIKERVERSORGUNGSPAKET

Antrag per Post oder persönlich bei der TGKK, Postfach 574, Klara-Pölt-Weg 2, 6021 Innsbruck, Leistungsabteilung, einreichen.

Familiename(n) PatientIn	Vorname(n)	Versicherungsnummer
-----------------------------	------------	---------------------

Anschrift	Tag	Monat	Jahr
Versicherter/e (nur auszufüllen, wenn PatientIn ein/e Angehöriger/e ist)			

Beschäftigt bei (DienstgeberIn, Dienstort)	Tag	Monat	Jahr
--	-----	-------	------

	ERSTVERSORGUNG	LAUFENDE VERSORGUNG	
	BZ-Messgerät + Zubehör <small>(200 Teststreifen + 1 Stechgerät + 200 Lanzetten)</small>	Teststreifen/Sensoren Stück	Lanzetten 1 Pkg = 200 Stk
<input type="checkbox"/>	Accu-Chek Performa/Performa Connect <small>(Roche)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Softclix
<input type="checkbox"/>	Accu-Chek Mobile (für Insulintherapierte Patienten)(Roche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FastClix
<input type="checkbox"/>	Accu-Chek Guide (Roche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Softclix
<input type="checkbox"/>	Contour NEXT/Contour NEXT Link/Contour NEXT ONE (Ascencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GlucoMen LX plus+ oder areo (Menarini)	<input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FreeStyle Freedom lite (Abbott)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OneTouch Verio/Verio IQ/Verio Flex <small>(LifeScan)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wellion LUNA duo (Medtrust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wellion CALLA mini oder dialog (dialog: für sehbehinderte und blinde PatientInnen) (Medtrust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wellion GALILEO (Medtrust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EVP FreeStyle Libre (Abbott)	<input type="checkbox"/>	

Stk.	PENS	Pen bereits erhalten		PEN-NADELN <small>(6 mm), 1 Pkg = 100 Stk</small>
		ja	nein	
	<ul style="list-style-type: none"> • TactiPen/JuniorSTAR • Solostar Fertigpens <small>(für Sanofi-Aventis-Insuline)</small> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BD-Pen-Nadeln <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Humapen Savvio • KwikPen Fertigpens <small>(für Lilly Insuline)</small> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accu-fine – Pen-Nadeln <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • NovoPen 5/Echo • Flexpens Fertigpens <small>(für Novo-Insuline)</small> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Novo-fine +- Pen-Nadeln <input type="checkbox"/>

der/die PatientIn hat an einer Diabetikerschulung teilgenommen	Insulintherapierte/r Patient/In
Datum	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Unterschrift und Stempel der/des ausstellenden Ärztin/Arztes	Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/>