

Betrifft: Blutzuckerteststreifen – Abgabemenge für drei Monate

Name: Versnr.

Sie werden ersucht, Ihre aktuelle Therapie anzukreuzen:

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Orale Therapie (Tabletten)
(1 x 7-Punkt-Profil/Woche) | 100 Stück |
| <input type="checkbox"/> Basisunterstützte orale Therapie
(Injektion von Basalinsulin und Tabletten)
(1x täglich + ein 7-Punkt-Profil/Woche) | 200 Stück |
| <input type="checkbox"/> Alle anderen Insulintherapien
(1 x 3-Punkt-Profil/d oder 3-4 7-Punkt-Profile/Woche) | 300 Stück |
| <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes (Diabetes, der bei der
Schwangerschaft entsteht) | 550 Stück |
| <input type="checkbox"/> Schwangere Diabetikerinnen | 650 Stück |
| <input type="checkbox"/> Basis Bolus Therapie (Injektion von Basal-Insulin und
Kurzeitinsulin für Essen und Korrektur) | 650 Stück |
| <input type="checkbox"/> Insulinpumpentherapie | 650 Stück |
-

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Lebensstil alleine - keine medikamentöse Behandlung
(1 x 7-Punkt-Profil/Monat) | 50 Stück |
|--|----------|
-

Telefonnummer für Rückfragen:

Datum: Unterschrift:

