

.....
Vertragspartnernummer

.....
Name

- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 Fachärztin/Facharzt für Kinder- u. Jugendheilkunde

.....
Straße

.....
PLZ Ort

.....
Ort, Datum

Österreichische Gesundheitskasse
Josef Pongratz-Platz 1
A-8010 Graz

**Gerätemeldung betreffend Pos. 031 Blutzuckertagesprofil und Pos. 050 Thrombotest
Auswertung von Trockenchemie (Streifentest)**

Ich gebe folgende Geräte für die Auswertung von Trockenchemie (Streifentest) für die nachfolgenden Leistungen bekannt:

Pos.	Laborleistung	Herstellerfirma / Type / Baujahr
031	Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmung, qual. U. quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	
050	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	

.....
Unterschrift und Stampiglie des Vertragsarztes

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark:

Erledigungsvermerk der Österreichischen Gesundheitskasse: