

Anforderungsschein

für Troponin-Test – pro ordinatione
für den Ordinationsbedarf im _____ Quartal _____

Burgenländische Gebietskrankenkasse
Siegfried Marcus-Straße 5
7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/608-5111
Fax: 02682/608-411182
DVR: 0023973

Artikelbezeichnung	Angeforderte Menge/OP	Bewilligte Menge/OP
TropT sensitive	á 5 Stück	

Arztstempel/Unterschrift/Datum

BGKK – Chefärztlicher Dienst