Zusammenstellung über den monatlichen Medikamentenbedarf mit Angaben der Diagnosen

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Name des Antragstellers _____ Versicherungs.-Nr. 10stlg _____

Vom behandelnden Arzt auszufüllen			**Wird von der BGKK ausgefüllt**
Name des Medikamentes laut Beipacktext	Packungs-größe	Dosierung pro Tag	Medikamenten-packungen/Monat

DIAGNOSEN:

_____
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Sollten Sie Fragen zur Medikamentenliste haben, wenden Sie sich bitte an unser Team:
Tel.: 02682/608 DW 5127
Fax: 02682/608 41 1124
e-mail: **befreiung@bgkk.at**