Information | Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

Zusammenstellung über den monatlichen Medikamentenbedarf mit Angaben der Diagnosen

BGKK 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 Herrn Ernst Wukovatz
Tel.: 02682 608 DW 1106 Fax: 02682 608 41 1115 e-mail: ernst.wukovatz@bgkk.at