

**Bedarf für Entlassmanagement - bitte in der pdf ausfüllen, ausdrucken und faxen an 0800/88 00 08 0 oder per E-Mail an shop@diashop.de**

**Angaben zur Klinik**

Klinik:	
Ansprechpartner:	
Abteilung:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Tel-Nr. für Rückfragen:	

**Alternative Lieferadresse**

--

**Angaben zum Patienten**

Patientenname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Tel-Nr. für Rückfragen:	
Therapie:	
Geplanter Entlasstag:	

**Die Patientin / der Patient benötigt folgende Produkte**

Hilfsmittel:	
Blutzuckermessgerät:	
Teststreifen:	
Weitere Produkte:	

Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_