

Krankenhaus: _____

Station: _____ Datum: _____

Bezeichnung	Menge
Accu-Chek Inform II Teststreifen	
Accu-Chek Performa Kontrolllösung	

Anforderung eines Accu-Chek Inform II Austauschgerätes

Grund: _____

Anforderung einer Accu-Chek Inform II Basisstation

Grund: _____

Unterschrift: _____

Im Labor bearbeitet von: _____ am: _____

Durchgeführte Maßnahme: _____

Rücksendung des ausgefüllten Formblattes an:

mvzIm Ruhr - Warenwirtschaft (mittels Hauspost oder FAX: 0201 - 45152 140)

Die bestellte Ware wird immer Donnerstags ausgeliefert.

Wichtig : PH, KKRH und SMH: Bitte die ausgefüllten Formblätter direkt im POCT Labor vor Ort abgeben.