

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: _____

+++ Ansichtsexemplar +++