

# Schnelltests und Urin-teststreifen



Schnelltest	Artikel-Nr.	Preis	VE
Chlamydia Antigentest gabControl	3455		20 St.
NMP22 BladderChek-Test 24er	2026		24 St.
NMP22 BladderChek-Test 10er	2026-10		10 St.
BCM Blasentumormarker	2028-BCM		10 St.
M2-PK Quick Stuhltest	2025		10 St.
M2-PK 2in1 Quick Stuhltest	2025-2in1		10 St.
hCG Combo Kassettentest	3454-gab		25 St.
hCG Schwangerschaftstest gabControl	3456		25 St.
Stuhltest	Artikel-Nr.	Preis	VE
Colo Rectal	3449		50 St.
hemoCare	3451		50 St.
gabOkkult — immunologischer Stuhltest —	3453		25 St.
Urin-Teststreifen	Artikel-Nr.	Preis	VE
Megutest 3 — Sprechstundenbedarf — pH-Wert, Glukose , Protein	2001		100 St.
Megutest 7 wie 3er <b>plus</b> spezifisches Gewicht, Nitrit, Leukozyten, Blut	2010		100 St.
Megutest 10 wie 7er <b>plus</b> Bilirubin, Urobilinogen, Keton	2011		100 St.
Megutest 11 wie 10er <b>plus</b> Ascorbinsäure	2013		100 St.
Albustix Bayer	2016		50 St.
Micraltest II 30er	2017		30 St.
Clinitek Microalbumin 2	2018		25 St.
Oxidase-Teststreifen	3505-ox		50 St.

## MEGUTEST 3 / 7 / 10

Urinteststreifen mit Netzgewebebeschichtung und Vitamin C-Resistenz

100 Urinteststreifen für:

- Glukose
  - pH-Wert
  - Protein
- } **3**
- Spez. Gewicht
  - Protein
  - Nitrit
  - Leukozyten
  - Blut
- } **7**
- Urobilinogen
  - Keton
  - Bilirubin
- } **10**



<b>Name der Krankenkasse</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>BVG</td> <td>Hilfsmittel</td> <td>Impfstatus</td> <td>Spr.-St.</td> <td>Begr.-Prüfung</td> <td>Apotheken-Nummer / IK</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>X</td> <td>8</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	BVG	Hilfsmittel	Impfstatus	Spr.-St.	Begr.-Prüfung	Apotheken-Nummer / IK	6	X	8	X		
BVG	Hilfsmittel	Impfstatus	Spr.-St.	Begr.-Prüfung	Apotheken-Nummer / IK								
6	X	8	X										
<b>Name, Vorname des Versicherten</b>	<b>geb. am</b>												
<b>Sprechstundenbedarf</b>	<b>Zuzahlung</b> <b>Gesamt-Bausito</b>												
<b>Kostenträgerkennung</b> XXXXXXXXXX	<b>Versicherten-Nr.</b> <b>Status</b>												
<b>Betriebsstätten-Nr.</b> XXXXXXXXXX	<b>Arzt-Nr.</b> XXXXXXXXXX												
<b>Datum</b> 11.01.2018	<b>Vertragsarztstempel</b>												
<b>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</b>													
10 x 100 Megutest 3													
<i>Sprechen Sie uns an!</i>													
Abgabedatum in der Apotheke													
Unterschrift des Arztes													
<b>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</b>													
<b>Unfalltag</b>	<b>Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer</b>												
<b>Anschrift Praxis und Unterschrift Arzt</b>													