

Die Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet.

PERSÖNLICHE ANGABEN DES PATIENTEN

Vorname(n) *

Geburtsdatum *

Nachname *

Name der Versicherung *:

Benutzer einer Pumpe *

☐ Ja

☐ Nein

Versichertennummer *

(20-stellige Nummer auf Ihrer Versicherungskarte, beginnend mit 80...)

Modell *

KONTAKTDATEN *(BITTE GEBEN SIE MINDESTENS EINEN KOMMUNIKATIONSKANAL AN)

Mobil Telefon*

E-mail*

Adresse*

GESETZLICHER VERTRETER (WENN DER/DIE PATIENT(IN) MINDERJÄHRIG IST)

Vorname(n) *

Eltern

☐ Ja

☐ Nein

Name

Vormund/Vormundin

☐ Ja

☐ Nein

VOM ENDOCRINOLOGEN/DIABETOLOGEN AUSGESTELLTE VERORDNUNG

Vorname *

RCC-Nummer *

Name*

INFORMATIONEN ZUR VERORDNUNG MEDTRUM TOUCHCARE Nano (BITTE ENTSPRECHENDES KÄSTCHEN ANKREUZEN)

Insulinpumpe**

LiMA 03.02.01.00.2

☐ Ja ☐ 200 U

☐ Nein ☐ 300 U

Sensoren

LiMA 21.05.02.00.3

☐ Ja ☐ mmol

☐ Nein ☐ mg

Sender **

LiMA 21.05.01.00.2

☐ Ja ☐ mmol

☐ Nein ☐ mg

Erforderliche Ausbildung

☐ Patient(in) wurde geschult

☐ Schulung erforderlich

Verschreibung

Beginn der Versorgung *

** Der Patient muss sicherstellen, dass sein Telefon kompatibel ist.)

DIAGNOSE

Insulinabhängiger Diabetes mellitus (erfüllt die LiMA-Kriterien für die Kategorie 21.06). ***

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH FOLGENDES:

1. Der Patient/der gesetzliche Vertreter hat ausdrücklich seine Zustimmung zur Übermittlung der oben genannten Daten an Redycare oder an von Medtrum benannte Dritte gegeben. Redycare beauftragt nur Dritte, die sich vertraglich zur vollständigen Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verpflichtet haben. Medtrum oder die benannten Dritten dürfen die oben genannten Daten nur zur Bearbeitung von Bestellungen von Medtrum-Produkten und zur Rechnungsstellung an den Garanten oder den Patienten/gesetzlichen Vertreter verwenden.

2. *** Bei Minderjährigen ist die Zustimmung eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten erforderlich.

Ort und Datum

Unterschrift des Facharztes