Medtrum

ORDINANZA PER IL SISTEMA DI GESTIONE DELL'INSULINA TOUCH CARE NANO

REDY.care
Rue Ancienne 53,1227 Carouge
contact@redycare.ch

I campi obbligatori sono contrassegnati con un *.

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

Nome(i) * .....

Data di nascita *

Cognome _____

Nome dell'assicurazione*: .....

Utilizzatore/utilizzatrice di una pompa * ○ Sì ○ No

Numero della tessera assicurativa *(numero di 20cifreriportatosullatesseraassicurativache iniziacon 80...)

Modello *

COORDINATE * (INDICARE ALMENO UN CANALE DI COMUNICAZIONE)

Cellulare* .....

E-mail* .....

Indirizzo* .....

RAPPRESENTANTE LEGALE (SE IL PAZIENTE È MINORE)

Nome(i) .....

Genitore ○ Sì ○ No

Cognome .....

Curatore/Tutore ○ Sì ○ No

ORDINANZA RILASCIATA DALL'ENDOCRINOLOGO/DIABETOLOGO

Nome *

Numero RCC *

Cognome * .....

INFORMAZIONI SULL'ORDINAZIONE MEDTRUM TOUCHCARE Nano (SEGNARE LA CASELLA CORRISPONDENTE)

Pompa per insulina**
LiMA 03.02.01.00.2
○ Sì ○ No
○ 200U ○ 300U

Sensori
LiMA 21.05.02.00.3
○ Sì ○ No
○ mmol ○ mg

Trasmettitore **
LiMA 21.05.01.00.2
○ Sì ○ No
○ mmol ○ mg

Formazione
○ Il paziente è stato istruito
○ Formazione necessaria

Ordinanza
Iniziodellafornitura *

** Il paziente si assicura che il proprio telefono sia compatibile.)

DIAGNOSI

Diabete mellito in terapia insulinica intensiva (soddisfa i criteri della LiMA perla categoria 21.06). ***

CON LA MIA FIRMA CONFERMO QUANTO SEGUE:

1.Il/Lapaziente / rappresentante legaleha espressamente acconsentito alla trasmissione dei dati sopra indicati a Redycare o a terzi designati da Medtrum. Redycare si avvale esclusivamente di terzi che si impegnano contrattualmente a rispettare integralmente ledisposizioni di legge in materia di protezione dei dati. Medtrum o i terzi designati possono utilizzare i dati sopra indicati esclusivamente per l'elaborazione degli ordinidi prodotti Medtrum e per la fatturazione al garante o al paziente/rappresentante legale.

2.*** Per i minorenni è richiesta l'autorizzazione di un rappresentante legale.

Luogo e data

Firma del medico specialista