

Bitte füllen Sie dieses Dokument möglichst am Computer aus und senden dies an de.produkttraining@dexcom.com. Dies ermöglicht eine schnellere und fehlerfreie Bearbeitung.
Wenn das nicht möglich ist, bitte in Druckbuchstaben in Blau oder Schwarz ausfüllen.

Dexcom rtCGM-System

Im Rahmen der technischen Einweisung erlernen Sie den sicheren Umgang mit Ihrem Dexcom rtCGM-System und werden in alle Funktionalitäten und Nutzungsmöglichkeiten eingewiesen.

Einweisung für Dexcom rtCGM-System

G7

Patientendaten

Nachname _____
Vorname _____
Gesetzlicher Vertreter – Nachname _____
Gesetzlicher Vertreter – Vorname _____
Straße / Nr. _____
Postleitzahl _____ Stadt / Ort _____

Inhalte der technischen Einweisung (bitte ankreuzen)

Praktische Inhalte

- Einstellen der Menüs auf die persönlichen Bedürfnisse
- Setzen des Sensors
- Starten des Systems
- Kalibrieren
- Sensortragestellen (Bauch, Gesäß, Oberarm-Rückseite)

Dexcom App

Installation und Nutzung der Dexcom G7 App obliegt dem Patienten.

- Download
- Einrichten des Benutzerkontos
- Starten des Systems
- Warnungen / Alarne
- Share Funktion

Software CLARITY

Installation und Nutzung von CLARITY sind optional.

Die Entscheidung obliegt dem Patienten.

- CLARITY Account erstellt

Fragen und Antworten

- Problembehandlung / Reklamationen
- Ansprechpartner bei Dexcom

Theoretische Inhalte

- Unterschied Gewebe- und Blutzucker
- Funktionsweise Dexcom rtCGM-System

Allgemeine Hinweise

- Sicherheitsinformationen (Gebrauchsindikationen, Gegenanzeigen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen)
- Dexcom hat bisher keine Daten zur Anwendung bei Personen mit Dialyseanforderungen systematisch erhoben
- geeignet für Schwangere
- geeignet für Kinder ab 2 Jahren
- Möglichkeit des Treffens von Behandlungsentscheidungen

Sensor / Empfänger

- Einzelne Menüs
- Warnungen / Alarne
- Abstand zwischen Sensor und Insulin
- Laufzeit

Nur von einweisender Person auszufüllen

Die technische Einweisung erfolgte durch:

Einweisende Person – Nachname _____

Einweisende Person – Vorname _____

Einweisende Person – Unterschrift _____

OPTIONAL: per Dexcom Online-Training (bitte Nummer ergänzen) Dexcom Online-Training Nummer: _____

Ort / Datum
DX001 – A

Unterschrift des Leistungsempfängers