

Pflichtfelder sind mit einem * markiert.

PATIENTENDATEN

Vorname/-n *

Geburtsdatum *

Nachname *

Bereits Dexcom Kunde/-in * Ja Nein

Benutzer/-in einer Pumpe * Ja Nein

Krankenkassenkartennummer *
(20-stellige Nummer auf Ihrer Versichertenkarte
beginnend mit 80...)

Model *

KONTAKTDETAILS * (BITTE MINDESTENS EINEN KOMMUNIKATIONSKANAL ANGEBEN)

Mobiltelefon

Festnetz

E-Mail

RECHTLICHE VERTRETUNG (WENN PATIENT/-IN UNTER 18 JAHREN)

Vorname/-n

Eltern Ja Nein

Nachname

Beistand Ja Nein

REZEPT AUSGESTELLT DURCH FACHARZT/-ÄRZTIN FÜR ENDOKRINOLOGIE/DIABETOLOGIE

Vorname *

ZSR-Nummer *

Nachname *

DEXCOM G7 REZEPTINFORMATIONEN (BITTE ZUTREFFENDES AUSWÄHLEN)

Sensoren

MiGeL 21.06.02.00.1

3 Monate

6 Monate

Dauer in Monaten *

12 Monate

Empfänger **

MiGeL 21.06.01.00.1

Ja

mmol

Nein

mg

Schulung

Patient/-in wurde geschult

Schulung ist notwendig

Rezept

Startdatum der Versorgung *

** Der Patient stellt sicher, dass sein Telefon kompatibel ist. (<https://www.dexcom.com/de-CH/compatibility/select>)

DIAGNOSE

Diabetes mellitus unter einer intensivierten Insulintherapie (erfüllt Kriterien der MiGeL Kategorie 21.06). ***

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH FOLGENDES:

1. Der/Die Patient/-in bzw. rechtliche Vertreter hat ausdrücklich sein Einverständnis damit erklärt, dass die obigen Daten an Dexcom oder an von Dexcom bezeichnete beauftragten Dritten weitergeleitet werden dürfen. Dexcom setzt nur beauftragte Dritte ein, welche sich vertraglich zur vollumfänglichen Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften verpflichten. Dexcom bzw. die beauftragten Dritten dürfen die obigen Daten nur für die Abwicklung von Bestellungen von Dexcom Produkten und zur Abrechnung mit dem Garanten bzw. dem Patienten/rechtlichen Vertreter verwenden.

2. *** Bei Personen unter 18 Jahren ist das Einverständnis eines rechtlichen Vertreters vorhanden.

Ort und Datum

Unterschrift des Facharztes