

I campi obbligatori sono contrassegnati da un*.

DATI PERSONALI DEL/LA PAZIENTE

Cognome * Data di nascita*
 Nome(i) *
 Già cliente Dexcom * Si No Utilizzatore della pompa * Si No
 Numero della tessera sanitaria * Modello *
(numero a 20 cifre sulla tessera sanitaria, che inizia con 80...)

DATI DI CONTATTO * (SPECIFICARE ALMENO UN CANALE DI COMUNICAZIONE)

Cellulare Rete fissa
 E-mail

RAPPRESENTANTE LEGALE (COMPILARE SOLO SE NECESSARIO, AD ES. PER PAZIENTI DI ETÀ INFERIORE A 18 ANNI)

Cognome Genitore Si No
 Nome(i) Curatore / Tutore Si No

PRESCRIZIONE RILASCIATA DA UN MEDICO SPECIALIZZATO IN ENDOCRINOLOGIA / DIABETOLOGIA

Cognome * Numero RCC *
 Nome *

INFORMAZIONI SULLA PRESCRIZIONE PER DEXCOM G7 (SELEZIONARE LA CASELLA APPROPRIATA)

Sensori	Ricevitore **	Formazione	Prescrizione
EMAp 21.06.02.00.1	EMAp 21.06.01.00.1	Il paziente è stato istruito	Data di inizio della fornitura *
Durata in mesi *	Si mmol No mg	Formazione necessaria	

** [Il paziente si assicura che il proprio telefono sia compatibile. \(https://www.dexcom.com/it-CH/compatibility/select\)](https://www.dexcom.com/it-CH/compatibility/select)

DIAGNOSI

Diabete mellito in terapia insulinica intensificata (conforme ai criteri dell'EMAp per la categoria 21.06). ***

CON LA MIA FIRMA CONFERMO QUANTO SEGUE:

- Il paziente/rappresentante legale ha rilasciato espressamente il proprio consenso a trasmettere a Dexcom o a terze parti designate da Dexcom i dati sopra riportati. Dexcom utilizza esclusivamente terze parti che sono vincolate contrattualmente alla completa osservanza delle disposizioni legali in materia di protezione dei dati. Dexcom e/o terze parti incaricate possono utilizzare i suddetti dati esclusivamente per evadere gli ordini di prodotti Dexcom e per la relativa fatturazione al garante e/o al paziente/rappresentante legale.
- *** Per persone di età inferiore a 18 anni è necessario il consenso di un rappresentante legale.

Luogo e data Firma del medico specializzato