

Ergänzende Informationen zum rtCGM-Nutzer

Name: _____ / **Versicherten-Nr.** _____

Praxis: _____ / **Krankenkasse:** _____

Aktuelle Therapie? ICT CSII seit _____ rtCGM als Selbstzahler seit _____

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Anderer Typ: _____

Diagnose des Diabetes mellitus (Jahr): _____

Letzte Diabetes- bzw. Auffrischungsschulung (Jahr)? _____

Seit wann erfolgt die Betreuung durch das aktuelle Diabetesteam? _____

Welches rtCGM-System soll zum Einsatz kommen? _____

Ausgangsbasis ist, dass alle individuellen Therapieoptionen unter Beachtung der jeweiligen Lebenssituationen des Patienten ausgeschöpft wurden.

Welche individuellen Therapieziele konnten bisher ohne rtCGM nicht erreicht werden:

Welche individuellen Therapieziele sollen nun mit rtCGM erreicht werden:

Patient soll das rtCGM-System regelmäßig nutzen (= mind. 75% der Zeit)? Ja Nein

Wurde die Diabetologische Schwerpunktpraxis in das verordnete Gerät durch den Hersteller eingewiesen? Ja Nein

Name des Herstellers: _____

Erfolgt vor erstem Einsatz des rtCGM-Systems eine technische Einweisung? Ja Nein

Wer wird die technische Einweisung durchführen? _____

Wird der Patient in der Nutzung seines rtCGM-Systems geschult? Ja Nein

Welches Schulungsprogramm wird verwendet? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Arzt _____ Unterschrift Patient _____