

Empfangsbestätigung zur Abrechnung mit der Krankenkasse



Liebe Patientin, lieber Patient,

für die **Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse** benötigen wir Ihre Bestätigung über

- den Erhalt Ihres Eversense®365 CGM Systems sowie
- die technische Einweisung durch medizinisches Fachpersonal.

Wichtig:

Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben im beigelegten Freiumschlag an:
DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, 82131 Gauting

Angaben zu Ihrem Eversense 365 CGM System:

(vom Eversense Zentrum auszufüllen)

Seriennummer Sensor (16-stellig): _ _ _ _ _ (bitte unbedingt angeben)

Seriennummer Transmitter (6-stellig): _ _ _ _ _ (bitte unbedingt angeben)

Das System wurde **eingesetzt am** (TT.MM.JJJJ): _____

Entfernungstermin voraussichtlich (TT.MM.JJJJ): _____

Vorheriger Sensor entfernt am (TT.MM.JJJJ): _____ Laufzeit (Tage): _____

☐ nicht zutreffend

Angaben Patient/in:

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Angaben zu Ihrem Eversense Zentrum:

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Name und Adresse Eversense Zentrum: _____

Stempel Eversense Zentrum



Empfangsbestätigung zur Abrechnung mit der Krankenkasse



Eigentumsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass das Eversense 365 CGM System bis zur vollständigen Bezahlung im Eigentum der DIASHOP GmbH verbleibt. Nach vollständiger Bezahlung geht das Eversense 365 CGM System in das Eigentum der Krankenkasse über.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Eversense 365 CGM System in einwandfreiem Zustand erhalten habe, mit der Handhabung vertraut gemacht wurde und den Eigentumsvorbehalt zur Kenntnis genommen habe.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Bestätigung technische Einweisung Patient/in (bei Versorgung mit Folgesensoren nicht erforderlich):

- ☐ Ich wurde heute durch u. g. Trainer/in in die technische Handhabung des Eversense CGM Systems, d.h. des Eversense 365 Smart Transmitters und der Eversense 365 App eingewiesen.
- ☐ Ich wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, die Autosynchronisierung auszuschalten und damit die Übertragung meiner Daten in das Eversense Data Management Programm abzustellen.

Gleichzeitig verpflichte ich mich ausdrücklich, umgehend meinen behandelnden Arzt zwecks Therapieplanung/-einstellung zu kontaktieren und das Eversense 365 CGM System erst nach der ärztlichen Konsultation einzusetzen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Bestätigung technische Einweisung Trainer/in (bei Versorgung mit Folgesensoren nicht erforderlich):

Ich habe heute o.g. Patient/in in die technische Handhabung des Eversense 365 CGM Systems eingewiesen. Die Einstellung der Eversense 365 App wurde vorgenommen (Protokoll zur technischen Einweisung des Patienten liegt vor und wird zusammen mit diesem Schreiben versendet).

X

Ort, Datum

Unterschrift des Trainers / der Trainerin

Name des Trainers / der Trainerin