

# Musterrezept für die Verordnung des Eversense 365 CGM Systems

Bitte nutzen Sie ausschließlich das Muster 16-Rezept:

|                                                                     |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |
|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|---|----------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                      |  | BVG                                           | 1 | Impf-<br>stoff | Spr.-St.<br>Bedarf | Begr.-<br>Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |
| Musterkrankenkasse                                                  |  | 6                                             | x | 8              | 9                  |                   |                       |
| Name, Vorname des Versicherten                                      |  | Zuzahlung                                     |   |                |                    |                   |                       |
| Mustermann, Thomas                                                  |  | Gesamt-Brutto                                 |   |                |                    |                   |                       |
| Musterstraße 100                                                    |  | Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.                 |   |                |                    |                   |                       |
| 12345 Musterstadt                                                   |  | Faktor                                        |   |                |                    |                   |                       |
| geb. am TT.MM.JJJJ                                                  |  | Taxe                                          |   |                |                    |                   |                       |
| TT/MM                                                               |  | 1. Verordnung                                 |   |                |                    |                   |                       |
| Kassen-Nr. 123456789                                                |  | 2. Verordnung                                 |   |                |                    |                   |                       |
| Versicherten-Nr. A123456789                                         |  | 3. Verordnung                                 |   |                |                    |                   |                       |
| Status 1                                                            |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |
| Betriebsstätten-Nr. 258106700                                       |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |
| Arzt-Nr. 123456789                                                  |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |
| Datum TT.MM.JJJJ                                                    |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)                                |  | Vertragsarztstempel                           |   |                |                    |                   |                       |
| Eversense 365 rtCGM-System (Sensor, Transm., Pflaster) in [Einheit] |  | 2                                             |   |                |                    |                   |                       |
| Dauerverordnung                                                     |  | 3                                             |   |                |                    |                   |                       |
| Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1 / Typ 2 mit                       |  | 4 5                                           |   |                |                    |                   |                       |
| Therapieziel:                                                       |  | 6                                             |   |                |                    |                   |                       |
| Begründung:                                                         |  | 7                                             |   |                |                    |                   |                       |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen!                                      |  | Unterschrift des Arztes<br>Muster 16 (7.2008) |   |                |                    |                   |                       |
| Unfalltag                                                           |  | 258106700Y                                    |   |                |                    |                   |                       |
| Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer                                |  |                                               |   |                |                    |                   |                       |

## Hilfsmittelnummern:

- Eversense 365  
rtCGM-System  
mg/dl: **30.43.01.0024**
- Eversense 365  
rtCGM-System  
mmol/l: **30.43.01.0025**

Beim Ausfüllen des Rezepts beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Feld Nummer 7 „Hilfsmittel“ ankreuzen
- Spezifischer Produktname  
**inkl. Angabe aller Komponenten**
  - Sensor
  - Smart Transmitter
  - Pflaster
  - Maßeinheit** (mg/dl oder mmol/l)
- Angabe als **Jahresverordnung**:  
Erstversorgung oder Folgeversorgung
- Angabe der **Diagnose**,  
z.B. Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2  
oder ICD, z.B. E10.XX oder E11.XX
- Angabe zur **Insulintherapie**: ICT oder CSII
- Angabe des **individuellen Therapieziels**, z.B.:
  - Senkung des HbA1c-Werts
  - Verbesserung der **glykämischen Variabilität** (TiR = Time in Range)
  - Reduktion der Häufigkeit/Dauer von **Hypoglykämien (schwer/nächtlich)**
  - Reduktion der Häufigkeit/Dauer von **Hyperglykämien**
  - Verbesserung der **präprandialen und/oder postprandialen** Glukosewerte
- Optional: Zuvor genutztes CGM-System und **Begründung** für
  - Pflasterunverträglichkeit/Pflasterallergie
  - Starkes Schwitzen
  - Sensorverlust
  - Hypo-Wahrnehmungsstörung

**Bitte beachten:** Die Genehmigung durch den Kostenträger für die Kostenerstattung benötigt (bei Erstverordnungen) einen Vorlauf von einigen Wochen und muss vor Vereinbarung des Einsetztermins vorliegen.