

Empfangsbestätigung

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Information an den Fachhändler benötigen wir Ihre Bestätigung über den Erhalt Ihres Eversense 365 CGM Systems.

Angaben zu Ihrem Eversense 365 CGM System:

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

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

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

Angaben Patient/in:

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Angaben zu Ihrem Eversense Zentrum:

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Name und Adresse Eversense Zentrum: _____

Stempel Eversense Zentrum

Eigentumsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass das Eversense 365 CGM System bis zur vollständigen Bezahlung im Eigentum der Senseonics Deutschland 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

Senseonics

Vertrieb durch:
Senseonics Deutschland GmbH
Am Kabellager 11, 51063 Köln
www.eversenseCGM.de

Hergestellt von: Senseonics, Inc.
20451 Seneca Meadows Parkway
Germantown, MD 20876-7005 USA
© 2026 Senseonics, Inc. Alle Rechte vorbehalten.

Wichtige Sicherheitsinformationen finden Sie unter
<https://global.eversenseddiabetes.com/safety-info/>

Wir kümmern uns um Ihre Fragen.
Eversense Service Team
0800 / 50 88 844
support.de@eversenseddiabetes.com