

An Diabetes Fachhändler

PLZ _____ Ort _____

Stempel Eversense Zentrum

Lieferadresse

Eversense Zentrum: _____

Name Ansprechpartner: _____ Kunden-Nr.: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Wunschlieferdatum: _____ **Geplanter Einsetztermin:** _____

Hinweis für das Eversense Zentrum: Bitte bestellen Sie das Eversense 365 CGM System erst, wenn die Kostenübernahmebestätigung des Kostenträgers vorliegt. Das Wunschlieferdatum sollte mindestens 5 Tage vor dem Einsetztermin liegen.



Artikel

- ☐ Eversense 365 Sensor Kit (inkl. Insertion Tools Kit und Sensor Insertion and Removal Kit)
- ☐ Eversense Pflaster Kit (390 Pflaster)
- ☐ Eversense 365 Smart Transmitter Kit (mg/dl)
- ☐ Eversense 365 Smart Transmitter Kit (mmol/l)

Patientendaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Kunden-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherten-Nr., Krankenkasse: _____

Hinweis für das Eversense-Zentrum: Jede Bestellung wird einem Patienten individuell zugeordnet. Bitte überprüfen Sie bei der Lieferung die Angaben auf dem Lieferschein und informieren Sie den Diabetes Fachhändler, wenn diese nicht mit Ihrer Bestellung übereinstimmen. Vielen Dank!

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