



## 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® E3 CGM Systems sowie
- ▶ die technische Einweisung durch medizinisches Fachpersonal.

Bitte senden Sie daher dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben im beigefügten Freiumschlag an:  
**DIASHOP GmbH, Galileostr. 1, D-82131 Gauting-Unterbrunn.**

### ANGABEN PATIENT/IN:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Versicherten-Nr. Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 E-Mail : \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### VOM EVERSENSE-ZENTRUM AUSZUFÜLLEN:

Seriennummer Sensor (6-stellig): \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben)  
 Seriennummer Transmitter (5-stellig): \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben)  
 Eingesetzt am: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)  
 Voraussichtlicher Entfernungstermin: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)  
 Wann wurde der vorherige Sensor entfernt: \_\_\_\_\_  Trifft nicht zu  
 Laufzeit des vorherigen Sensors: \_\_\_\_\_ Tage (max. 180)  Trifft nicht zu

Angaben zum Eversense Zentrum:  
Name der Ärztin / des Arztes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

August 2022

Stempel Eversense-Zentrum





## Empfangsbestätigung zur Abrechnung mit der Krankenkasse

### VOM PATIENTEN AUSZUFÜLLEN:

#### Eigentumsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass das Eversense E3 CGM System bis zur vollständigen Bezahlung im Eigentum der DIASHOP GmbH verbleibt. Nach vollständiger Bezahlung geht das Eversense E3 CGM System in das Eigentum der Krankenkasse über.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Eversense E3 CGM System in einwandfreiem Zustand erhalten habe, mit der Handhabung vertraut gemacht wurde und den Eigentumsvorbehalt zur Kenntnis genommen habe.

x

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

#### 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 E3 CGM Systems, d.h. des Smart Transmitters und der Eversense 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 E3 CGM System erst nach der ärztlichen Konsultation einzusetzen.

x

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

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

Ich habe heute o.g. Patient/in in die technische Handhabung des Eversense E3 CGM Systems eingewiesen. Die Einstellung der Eversense App wurde vorgenommen (Protokoll zur technischen Einweisung des Patienten liegt vor und wird zusammen mit diesem Schreiben versendet).

Name Trainer/in: \_\_\_\_\_

x

Ort, Datum

Unterschrift der Trainerin / des Trainers

