



Versicherungsnummer: _____

Attest zur Vorlage bei der DIASHOP GmbH

Dauerversorgung mit Hilfsmitteln/Verbrauchsmaterial bei Diabetes

**Wichtig: Reichen Sie bitte das von Ihrem Arzt ausgefüllte Attest an die
DIASHOP GmbH, Galileostraße 1, 82131 Gauting-Unterbrunn**

Patient

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____

Diagnose

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 MODY
 Schwangerschaftsdiabetes Sonstiger Diabetestyp: _____
 Begleiterkrankungen: _____

Art der Glukosemessung

- Blutzuckerselbstmessung mit folgendem Blutzuckermessgerät: _____
 rtCGM mit folgendem System: _____
 iscCGM mit folgendem System: _____
 Andere Versorgung: _____

Therapieform (auch Mehrfachbelegung möglich)

- Insulinpumpentherapie (CSII) mit folgender Insulinpumpe: _____
 Intensivierte-konventionelle Insulintherapie (ICT)
mit folgendem Insulinpens: _____
und folgenden Pennadeln: _____
 Andere Insulintherapie (CS, BOT, SIT) Orale Medikation
 Andere Diabetesmedikamente zur Injektion (z. B. GLP-1-Analoga)

Für die Insulinpumpentherapie und die kontinuierliche Messung

- Insulinbedarf pro Tag (für Anzahl Reservoirs): _____

Für die Injektionstherapie

- Anzahl der Injektionen pro Tag (für Anzahl Pennadeln*): _____

* Wechsel nach jeder Injektion

Für die Blutzuckermessung, auch zur Kalibrierung von Sensoren

- Anzahl der Blutzuckermessungen pro Tag
(für Anzahl Teststreifen & Lanzetten*): _____

* Wechsel nach jeder Blutabnahme

Unterschrift, Stempel Arzt