

Formular Folgebestellung

Wellion SENSOR System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM)

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular in BLOCKSCHRIFT aus und senden Sie es per **E-Mail an office@medtrust.de**,
per **Fax an 035205/469-19** oder per **Post** an die unten angegebene Adresse.

	Familienname, Titel (Patientin/Patient)	
	Vorname (Patientin/Patient)	
	Straße	
	PLZ / Ort	
	SVNr. / Geburtsdatum (Patientin/Patient)	
	Telefonnummer	
	Krankenkasse	
nur bei Mitversicherung ausfüllen	SVNr. / Geburtsdatum (Versicherte/Versicherter)	
	Name, Titel (Versicherte/Versicherter)	
	Vorname (Versicherte/Versicherter)	

Bitte senden Sie mir:

- 3-Monatspaket (9x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 6-Monatspaket (18x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 12-Monatspaket (36x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welcher Folgebedarf Ihnen zusteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Ich willige ein, dass die MED TRUST GmbH, Bergener Ring 17-19, 01458 Ottendorf – Okrilla, in Folge als „MED TRUST“ bezeichnet, meine in diesem Formular erfassten personenbezogenen Daten zum Zwecke der Übermittlung von Informationsmaterial zu Medizinprodukten, Nahrungsergänzungsmitteln und Pflegeprodukten von MED TRUST GmbH per Post verarbeitet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit, kostenfrei und ohne Angabe von Gründen widerrufen mittels E-Mail an office@medtrust.de oder mittels Brief an MED TRUST GmbH, Bergener Ring 17-19, 01458 Ottendorf – Okrilla.

Datenschutzrechtliche Informationen: Die MED TRUST GmbH, Bergener Ring 17-19, 01458 Ottendorf – Okrilla verarbeitet Ihre auf diesem Formular bekannt gegebenen personenbezogenen Daten bzw. Ihre vom Sozialversicherungsträger erhaltenen Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer) zur Abwicklung der Bestellvorgänge aufgrund Ihrer erteilten Einwilligung, aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung der Bestellung durch Sie bzw. aufgrund des berechtigten Interesses von MED TRUST an der Durchführung und Abrechnung der Bestellung. In der Regel erfolgt dies aufgrund des Vertrages oder vorvertraglichen Maßnahmen zwischen Ihnen und uns. MED TRUST gibt hierzu diese Daten ausschließlich an den Versanddienstleister zur Abwicklung der Versendung und den zuständigen Sozialversicherungsträger zur Abrechnung weiter. Die Daten werden für die Dauer der Geltung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (bis zu 10 Jahren vgl. hierzu AG, HGB) gespeichert bzw. so lange Sie nicht Ihre Einwilligung widerrufen. Eine erteilte Einwilligung können Sie jederzeit an der oben genannten Adresse per Post oder E-Mail (office@medtrust.de) widerrufen. In derselben Form können Sie Ihr Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Übertragbarkeit oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten geltend machen bzw. der Datenverarbeitung aufgrund Ihrer besonderen Situation widersprechen. Zudem haben Sie das Recht sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Datenschutzbehörde) zu beschweren. Bitte beachten Sie, dass die Nicht-Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten dazu führen kann, dass die Abwicklung der Bestellvorgänge nicht erfolgen kann. Es gelten ergänzend unsere Datenschutzbestimmungen unter <https://www.medtrust.de/datenschutz/>. Bitte beachten Sie auch unsere Transparenzerklärung.

wellion[®] SENSOR

MUSTERREZEPT

Folgeversorgung bei ICT oder CSII



Stand: 19.06.2024

Nutzen Sie ausschließlich diese Muster für Ihre Verordnungen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen der Verordnung für den Wellion SENSOR:

Folgeversorgung

1. Angabe des Produktnamens: **Wellion SENSOR**

Hinweis: Es müssen alle benötigten Komponenten angegeben werden
- Sensoren

Angabe als **Dauerverordnung**

Ausnahmen bitte direkt auf der Verordnung vermerken - z.B. bestehende Schwangerschaft

2. Angabe der **Diagnose** oder der **medizinischen Indikation/ICD**, z.B. E10.XX oder E11.XX: Diabetes mellitus Typ 1 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft oder Diabetes mellitus Typ 2 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft

3. Angabe zur **intensivierten Insulintherapie: ICT oder CSII**

4. Angabe des **individuellen Therapieziels** (Therapieziel: „bisher nicht erreicht“ ist nur relevant bei Erstversorgung mit rtCGM-System, sonst bitte streichen)

5. Feld **Nummer „7“ für Hilfsmittel** ankreuzen

<input type="checkbox"/> Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger DAK	BVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
<input checked="" type="checkbox"/> noctu	Name, Vorname des Versicherten Max Muster Straße PLZ Ort	6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9		
<input type="checkbox"/> Sonstige	geb. am 30.10.1976	Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
<input type="checkbox"/> Unfall	Kassen-Nr. 1234567	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Versicherten-Nr. 123456789012	1. Verordnung					
	Status 1	2. Verordnung					
	Betriebsstätten-Nr. 7654321	3. Verordnung					
	Arzt-Nr. 56789						
	Datum TT.MM.JJJJ						
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					Vertragsarztstempel	
<input type="checkbox"/> aut idem	Wellion SENSOR rtCGM Folge - PZN: 18115962 (10 Tage Sensor)						
<input type="checkbox"/> aut idem	Dauerverordnung						
<input type="checkbox"/> aut idem	Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 mit ICT/mit CSII						
<input type="checkbox"/> aut idem	Therapieziel (falls gefordert): z.B. Senkung HbA1c-Wert, Vermeidung von schweren nächtlichen Hypoglykämien, etc. bisher nicht erreicht						
	bbbr						Abgabedatum in der Apotheke
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		9510923004			