

# wellion<sup>®</sup> SENSOR

## MUSTERREZEPT

### Erstversorgung/Umstellung bei ICT oder CSII



Stand: 19.06.2024

Der Wellion SENSOR ist im Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes beantragt. Bitte beachten Sie, dass ein **Muster 16-Rezept** verwendet werden muss, um einen Antrag auf Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen zu stellen. Zur schnellen und reibungslosen Verarbeitung muss das Rezept **alle erforderlichen Angaben** enthalten.

- Bitte beachten Sie auch die Besonderheiten der einzelnen Krankenkassen.
- Sensoren und das Empfangsgerät (falls benötigt) müssen auf einem Rezept verordnet werden.
- Tipp für Praxen: Legen Sie sich in Ihrer Verordnungssoftware ein Muster an, dass alle erforderlichen Angaben enthält.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Hilfs- BVG mittel		Impf- stoff		Spr.-St. Bedarf		Begr- Pflicht		Apotheken-Nummer / IK	
<input type="checkbox"/> Gebühr frei	DAK		6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9						
<input checked="" type="checkbox"/> <del>Gebühr</del>	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto							
<input type="checkbox"/> noctu	Max											
<input type="checkbox"/> Sonstige	Muster											
	geb. am											
	30.10.1976											
	Straße											
	PLZ Ort											
	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.							
<input type="checkbox"/> Unfall	1234567	123456789012	1		1. Verordnung		Faktor		Taxe			
<input type="checkbox"/> Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung							
	7654321	56789	TT.MM.JJJJ		3. Verordnung							
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)											
<input type="checkbox"/> aut idem	Wellion SENSOR rtCGM - PZN: 18115962 (10 Tage)											
<input type="checkbox"/> aut idem	(Falls notwendig: Empfangsgerät mg/dL oder mmol/L)											
<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											
	6666		Abgabedatum in der Apotheke		Vertragsarztstempel							
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!				Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)							
	Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer		951092300Y								

- Wellion SENSOR rtCGM - PZN: 18115962 (10 Tage)
- Zeitraum: Dauerverordnung
- Falls notwendig: Empfangsgerät mg/dL (optional PZN: 18115985) oder mmol/L (optional PZN: 18115991)
- Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2
- Therapieform: ICT oder CSII
- Therapieziel, falls gefordert: z.B. Senkung HbA1c-Wert, Vermeidung von schweren nächtlichen Hypoglykämien, Schwangerschaftswunsch, etc.

### Hinweis zum Auslesen des Sensors

Der Wellion SENSOR kann mit der **Wellion AiDEX SENSOR App** ausgelesen werden. Die App kann im Apple App Store oder im Google Play Store in der entsprechenden Messeinheit (mg/dL oder mmol/L) heruntergeladen werden.

Service und Vertrieb:

**MED TRUST GmbH** • Bergener Ring 17-19 • 01458 Ottendorf - Okrilla  
Tel.: 035205 / 469 - 10 • Fax: 035205 / 469 - 19 • E-Mail: office@medtrust.de

# wellion<sup>®</sup> SENSOR

SYSTEM ZUR KONTINUIERLICHEN GLUKOSE-ÜBERWACHUNG (rtCGM)



Ihre  
ÖSTERREICHISCHE  
Gesundheitsmarke

## Formular Erstbestellung mit Verordnung (Rezept)

*Wellion SENSOR System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM)*

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular in BLOCKSCHRIFT aus und senden Sie es **zusammen mit Ihrer Originalverordnung per Post im Freiumschlag** an die angegebene Adresse.

	Familienname, Titel (Patientin/Patient)	
	Vorname (Patientin/Patient)	
	Straße	<input type="checkbox"/> siehe beiliegende Verordnung
	PLZ / Ort	
	SVNr. / Geburtsdatum (Patientin/Patient)	
	Krankenkasse	
	Telefonnummer (wichtig bei Rückfragen)	
	E-Mail (wichtig bei Rückfragen)	
nur bei Mitversicherung auszufüllen	SVNr. / Geburtsdatum (Versicherte/Versicherter)	
	Name, Titel (Versicherte/Versicherter)	
	Vorname (Versicherte/Versicherter)	

**Hiermit beauftrage ich/wir die MED TRUST GmbH mich/uns gemäß den Therapieanordnungen und Verordnungen des behandelnden Arztes mit den dafür erforderlichen Produkten (z.B. Teststreifen, Hilfsmittel, Medizinprodukte) zu versorgen. Der Auftrag kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.**

**Die Originalverordnung des behandelnden Arztes liegt diesem Schreiben bei.**

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](mailto: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 AO, 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](mailto: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 Transparenzklärung.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient/Versicherte/r

**MED TRUST GmbH**  
Bergener Ring 17-19, 01458 Ottendorf - Okrilla

Tel.: 035205 / 469 - 10 • Fax: 035205 / 469 - 19  
E-Mail: [office@medtrust.de](mailto:office@medtrust.de)

