



Accu-Chek® Insight
Inspiriert von meinem Leben.

EMPFANGSBESTÄTIGUNG UND BESTÄTIGUNG DER TECHNISCHEN EINWEISUNG

Wichtig!

Bitte schicken Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse zurück!

Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse benötigen wir Ihre Bestätigung über den Erhalt Ihres Insulinpumpensystems sowie die Bestätigung der technischen Einweisung durch medizinisches Fachpersonal.

Bitte senden Sie dieses Formular im beigefügten Briefumschlag vollständig ausgefüllt und unterschrieben an:

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH

Accu-Chek Kundenservice Infusionssysteme 68298 Mannheim

Telefon 0800 4466800 (kostenfreie Telefonnummer), Telefax 0621 759-2250

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.accu-chek.de/datenschutz

Accu-Chek Insight		ılin	pun	ıpe																		
Serien-Nr. Insulinpumpe: (nicht die CE-Nr.)																						
(mont die GL-Mi.)			((bitte unbedingt angeben)																		
Accu-Chek Aviva I	nsiał	nt C	Diab	ete	s N	/lar	าลต	er														
Serien-Nr. Blutzuckermessgerät:		Γ																				
(nicht die CE-Nr.)				L																		
		_	_		1		_	1	_	1	_		1	1	1		1		1	1	_	1
Arzt:		\perp							Ļ												L	
Klinik/Station:																						
Straße, Nr.:																						
PLZ, Ort:																						
Telefon:																						
E-Mail:																						
Patient:																						
Straße, Nr.:																						
PLZ, Ort:																						
Telefon:																						
Geburtsdatum:																						
E-Mail:																						
Krankenkasse:																						
Versicherungs-Nr.:																						
Straße, Nr.:																						
PLZ. Ort:		\overline{T}				Г			T		T											

Eigentumsrecht:

Ort, Datum

Wir weisen darauf hin, dass die Insulinpumpe und das Blutzuckermessgerät bis zur vollständigen Bezahlung im Eigentum der Roche Diabetes Care Deutschland GmbH verbleiben. Gleichzeitig weisen wir Sie darauf hin, dass die Kosten für diese Versorgung durch andere Leistungserbringer nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen werden. Nach vollständiger Bezahlung gehen die Insulinpumpe und das Blutzuckermessgerät in das Eigentum der Krankenkasse über. Wenn die Voraussetzungen für die Versorgung entfallen, sind die Insulinpumpe und das Blutzuckermessgerät an die Krankenkasse zurückzugeben.

Kommt eine Pumpenversorgung nicht zustande und wird die Insulinpumpe nicht von der Krankenkasse (oder privat) erworben, verbleibt das vollständige Eigentum an der Insulinpumpe bei Roche. Sie sind verpflichtet, in diesem Falle die Insulinpumpe unverzüglich zurückzugeben.

Sollten wir nach 14 Tagen und nach erfolgter Nachfristsetzung keinen Eingang des Gerätes verzeichnen oder die Insulinpumpe wird während des o.g. Zeitraums aufgrund nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch beschädigt oder geht verloren, sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen den Roche Diabetes Care Deutschland GmbH hierdurch entstandenen Schaden in Höhe von 160€/Monat bis max, zum Neuanschaffungswert einer Insulinpumpe von 3.665€ privat in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o.g. Insulinpumpe und das Blutzuckermessgerät in einwandfreiem Zustand erhalten habe, mit der Handhabung vertraut gemacht wurde und den Eigentumsvorbehalt zur Kenntnis genommen habe.

X		
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten	
	Insulinpumpentherapie vom Datum des Erhalts und der Einweisung abweicher den tatsächlichen Beginn Ihrer Therapie oder der Erprobungsphase ein (Datun	
Bestätigung teck	nnische Einweisung (Patient):	
	u.g. Trainer/in in die technische Handhabung des Accu-Chek Insight Insulinpump den Diabetes Manager und den Bolusrechner eingewiesen.	ensystems,
	e ich mich ausdrücklich, meinen behandelnden Arzt zwecks Therapieplanung/-ei ieren und Accu-Chek Insight erst nach der ärztlichen Konsultation einzusetzen.	nstellung
X		
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten	
Bestätigung tecl	nnische Einweisung (Trainer):	
	ntient/in in die technische Handhabung des Accu-Chek Insight Systems usrechner wurde dabei programmiert (Protokollblatt liegt vor): Wird beim 2. Termin programmiert	
Ort, Datum	Unterschrift des Trainers	Stempel Praxis/DFH
Einwilligungserk	därung:	
informieren oder auch II Einwilligung ist freiwillig. Rufen Sie einfach unser nummer 0800 446680 speichert und streng ver	erne über wissenswerte Neuigkeiten, insbesondere über Produktentwicklungen auf dem Postware Erfahrungen und Meinung erfragen. Hierzu bitten wir um Ihre ausdrückliche Einwilligu Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründer Accu-Chek Kunden Service Center an. Wir stehen von MoFr. von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr ut 10 zur Verfügung. Roche Diabetes Care Deutschland GmbH sichert Ihnen zu, dass Ihre Date traulich nach den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt werden. Weitsww.accu-chek.de/datenschutz.	ng. Die Abgabe der folgenden n für die Zukunft zu widerrufen. unter der kostenfreien Telefon- en nur für interne Zwecke ge-
1 1	ch mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Roche Diabetes Care die von mir arktforschung verarbeitet und willige ein, dass mich Roche Diabetes Care über folge	•
Postweg:	Adressdaten siehe oben	
Telefon:	Kontaktdaten siehe oben	
E-Mail:		-
X		

Unterschrift des Patienten

Sie wollen mehr erfahren?

Unsere Mitarbeiter im Accu-Chek Kunden Service Center sind für Sie da! **Kostenfreie Telefonnummer 0800 4466800** (Mo-Fr, 08:00–18:00 Uhr). Oder besuchen Sie uns online unter **www.accu-chek-insight.de** bzw. unsere Facebookseite auf **www.facebook.com/accuchekde**

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK AVIVA INSIGHT und ACCU-CHEK INSIGHT sind Marken von Roche. © 2018 Roche Diabetes Care. Alle Rechte vorbehalten.

