

Ausfüllhinweise zur Verordnung Kaleido Insulin-Patch-Pumpe mit DBLG2 und Top-up Kit

Am besten lässt sich Kaleido in Verbindung mit DBLG2 auf dem eigenen Smartphone nutzen.

DBLG2-App:
Standardmäßige Bedienung über das eigene Smartphone.*

Scannen Sie den QR-Code, um weitere Informationen zur Android-Kompatibilität von DBLG2 zu erhalten.



*Optionaler Kaleido-Controller: Nur dann verschreiben, wenn der Nutzer ein separates physisches Handgerät zur Gerätesteuerung benötigt.

Kaleido Insulin-Patch-Pumpe mit DBLG2

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel- stoff	Impf- stoff	Spez- Stoff	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Geb.- pt.	Name, Vorname des Versicherten			6	X	8	9		
noch	geb. am			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung	
Arbeits- unfall	Datum		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel				
Kaleido Pump Starter Kit DE mg/dl oder mmol/L mit DBLG2, Farbkombination optional Kaleido Controller									
Erst- oder Folgeverordnung									
Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1 unzureichende Stoffwechsellaage									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes		Muster 16 (10.2014)			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

1. Angabe der spezifischen Produktbezeichnung in der benötigten Maßeinheit und der gewünschten Farbkombination
2. Die entsprechenden Farbkombinationen für das Kaleido Pump Starter Kit mit DBLG2 (**Tabelle 1**) und optional für den Kaleido Controller
3. Hinweis zur Erst- oder Folgeversorgung
4. Angabe der Diagnose (z. B. Diabetes Mellitus Typ-1) und der Indikation (z. B. unzureichende Stoffwechsellaage)
5. Das Feld Nummer 7 für "Hilfsmittel" ankreuzen

Top-up Kit für Kaleido Insulin-Patch-Pumpe

Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel- stoff	Impf- stoff	Spez- Stoff	Begr- pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Geb.- pt.	Name, Vorname des Versicherten			6	X	8	9		
noch	geb. am			Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Sonstige	Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.	Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe	
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	1. Verordnung		2. Verordnung		3. Verordnung	
Arbeits- unfall	Datum		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel				
Jahresverordnung Kaleido Top-up Kits (Infusionssets, Reservoir, Zubehör) [Artikelnummer Top-up Kit]									
Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1									
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes		Muster 16 (10.2014)			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

1. Jahresverordnung Kaleido Top-up Kits in gewünschter Ausführung, z. B. 6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch
2. Artikelnummer (**Tabelle 2**)
3. Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1

Tabelle 1: Farbkombination der Kaleido Insulin-Patch-Pumpe











Farbkombination		Farbkombination	
	Fearless		Ocean
	Candy Cane		Pumpkin Spice
	Fancy Flamingo		Cheetah
	Lavender Grove		Hummingbird
	Gatsby		Black Magic

Tabelle 2: Artikelübersicht Kaleido Top-up Kit

Abbildung	Ausführung	Art.-Nr
	6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch	K6630
	9 mm Kanüle, 5 cm Schlauch	K6930
	6 mm Kanüle, 30 cm Schlauch	K6631
	9 mm Kanüle, 30 cm Schlauch	K6931

Kontaktiere uns

E-Mail: Kaleidocare.de@hellokaleido.com

Telefon: +49 (0) 32221 096580

Website: hellokaleido.com