

Rezeptvorlage DiaExpert Sensor

Bitte senden Sie das Rezept im Freiumschlag an Mediq Diabetes in Liederbach. Alternativ können Sie es in einem Mediq Diabetes-Fachgeschäft in Ihrer Nähe abgeben.

Alle Hilfsmittel, wie Insulinpumpen, Insulinpumpenzubehör, CGM-Systeme und CGM-Zubehör, sind auf einem gesonderten Rezept (Muster 16), getrennt von Arznei- und Verbandmitteln zu verordnen, sowie mit der Ziffer 7 im vorgesehenen Statusfeld (Hilfsmittel) zu kennzeichnen. Folgende Hinweise sollen Sie bei der korrekten Ausstellung einer Verordnung unterstützen.

DiaExpert Sensor

Zutreffendes ankreuzen		Wenn zutreffend, eintragen	
☐ Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterstädter Ersatzkasse	BVG	Hilfs- mittel
☐ Geb- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max	☒ 6	☒ 8
☐ Nicht- ärztlich	geb. am 18.11.1953	☐ 9	☐ 9
☐ Sonstige	Musterweg 123	Apotheken-Nummer / IK	
☐ Unfall	12345 Musterdorf		
☐ Arbeits- unfall	Kostenträgerkennung XXX	Zuzahlung	
	Versicherten-Nr. XXX	Gesamt-Brutto	
	Status XX	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	
	Betriebsstätten-Nr. XXX	Faktor	
	Arzt-Nr. XXX	Taxe	
	Datum 01.01.2024	1. Verordnung	
		2. Verordnung	
		3. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel	
DiaExpert Sensoren - Jahresbedarf 25 Stk.			
Erst- oder Folgeversorgung			
Diagnose: E10.XX Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit ICT oder mit CSII			
Therapieziel, z. B. Vermeidung von Hypoglykämien oder Verbesserung der Stoffwechsellaage (nur bei Erstversorgung notwendig)			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Unfalltag		Abgabedatum in der Apotheke	
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Musterbeispiel	

Voraussetzung für die Verwendung des DiaExpert Sensors

Ohne das DiaExpert Lesegerät ist ein kompatibles Smartphone erforderlich – bitte Smartphone-Kompatibilität prüfen. Optional kann das DiaExpert Lesegerät separat verordnet werden.

Mehrbedarf Anzahl Sensor(en)

Beispiele für Begründungen:

- Defekt durch MRT/CT/Sturz
- Verlust/Eigenverschulden
- erhöhter Bedarf, da sehr aktives Kind/hohe sportliche Betätigung

Hinweis: Das Feld Nummer 7 für „Hilfsmittel“ muss angekreuzt sein.

DiaExpert Lesegerät

Zutreffendes ankreuzen		Wenn zutreffend, eintragen	
☐ Gebüh- frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterstädter Ersatzkasse	BVG	Hilfs- mittel
☐ Geb- pfl.	Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max	☒ 6	☒ 8
☐ Nicht- ärztlich	geb. am 18.11.1953	☐ 9	☐ 9
☐ Sonstige	Musterweg 123	Apotheken-Nummer / IK	
☐ Unfall	12345 Musterdorf	Zuzahlung	
☐ Arbeits- unfall	Kostenträgerkennung XXX	Gesamt-Brutto	
	Versicherten-Nr. XXX	Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	
	Status XX	Faktor	
	Betriebsstätten-Nr. XXX	Taxe	
	Arzt-Nr. XXX	1. Verordnung	
	Datum 01.01.2024	2. Verordnung	
		3. Verordnung	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel	
DiaExpert Lesegerät zur Verwendung mit dem DiaExpert Sensor			
Diagnose: E10.XX Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit ICT oder mit CSII			
Therapieziel, z. B. Vermeidung von Hypoglykämien oder Verbesserung der Stoffwechsellaage			
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Unfalltag		Abgabedatum in der Apotheke	
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Musterbeispiel	

Bitte sprechen Sie mit Ihren Patienten bei der Verschreibung, ob ein separates Lesegerät benötigt wird oder nicht.

Hinweis: Das Feld Nummer 7 für „Hilfsmittel“ muss angekreuzt sein.