

# REZEPT

Tandem Insulinpumpe t:slim X2™ und/oder DEXCOM G7 CGM Sensoren

## Patienteninformation

Name/Vorname	_____	Krankenkasse	_____
Adresse	_____	Kartenummer	_____
PLZ/Ort	_____	AHV Nummer	_____
Telefon	_____	Rechtliche Vertretung	_____
Mobile	_____	Vorname	_____
E-Mail	_____	Nachname	_____
Geschlecht	_____	Aktuelle Insulinpumpe	_____
Geburtsdatum	_____	DE FR IT EN	_____

## Tandem Insulinpumpe t:slim X2™ und Verbrauchsmaterial (MiGeL Kategorie 03.02.01.00.2\*):

Versorgung für einen Monat, automatische Verlängerung bei ausbleibender Kündigung bis Tag 21

**t:slim X2 Control IQ mit Zubehör** (1005611)

**Reservoir, 3 ml** (10 Stück) (1002541)

Bitte nur eine Auswahl treffen:

**AutoSoft™ 90 Infusionsset (10 Stück)**

**AutoSoft™ 30 Infusionsset (10 Stück)**

**VariSoft™ Infusionsset (10 Stück)**

**TruSteel™ Infusionsset (10 Stück)**

## Technische Einweisung t:slim X2 Insulinpumpe

Durch:	Datum der Einweisung	Lieferadresse
Fachperson Spital/Praxis	_____	Spital/Praxis _____
VitalAire	_____	Name/Vorname _____
		Adresse _____
		PLZ/Ort _____
		Telefon/Mobile _____

Lieferung erfolgt ausschliesslich in eine Institution (Spital/Praxis), in welcher der Patient geschult wird.

\* Zur Insulintherapie bei labilem Diabetes und / oder wenn die Einstellung auch mit der Methode der Mehrfachinjektionen medizinisch unbefriedigend ist

## Dexcom G7 CGM System

**Dexcom G7 Sensoren** (MiGeL 21.06.02.00.1):

Versorgung für einen Monat, automatische Lieferung von Quartalsmengen bei ausbleibender Kündigung

bis Tag 21 nach Startdatum der Versorgung: \_\_\_\_\_

Technische Einweisung notwendig

## Bestätigung

### MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH FOLGENDES

Der/Die Patient/-in bzw. rechtliche Vertreter hat ausdrücklich sein Einverständnis damit erklärt, dass die obigen Daten an VitalAire und Dexcom oder an bezeichnete beauftragte Dritten weitergeleitet werden dürfen. VitalAire und Dexcom setzen nur beauftragte Dritte ein, welche sich vertraglich zur vollumfänglichen Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften verpflichten. VitalAire, Dexcom bzw. die beauftragten Dritten dürfen die obigen Daten nur für die Abwicklung von Bestellungen von Produkten und zur Abrechnung mit dem Garanten bzw. dem Patienten/rechtlichen Vertreter verwenden.

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Rezept an **diabetes@vitalaire.ch** (wird an Dexcom weitergeleitet).