

Formular Folgebestellung

Wellion SENSOR System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM)

Bitte füllen Sie dieses Bestellformular in BLOCKSCHRIFT aus und senden Sie es per **E-Mail an office@medtrust.de**, per **Fax an 035205/469-19** oder per **Post** an die unten angegebene Adresse.

	Familienname, Titel (Patientin/Patient)	
	Vorname (Patientin/Patient)	
	Straße	
	PLZ / Ort	
	SVNr. / Geburtsdatum (Patientin/Patient)	
	Telefonnummer	
	Krankenkasse	
nur bei Mitversicherung auszufüllen	SVNr. / Geburtsdatum (Versicherte/Versicherter)	
	Name, Titel (Versicherte/Versicherter)	
	Vorname (Versicherte/Versicherter)	

Bitte senden Sie mir:

- 3-Monatspaket (9x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 6-Monatspaket (18x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 12-Monatspaket (36x Wellion SENSOR 10 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))

- 3-Monatspaket (7x Wellion SENSOR 14 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 6-Monatspaket (13x Wellion SENSOR 14 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))
- 12-Monatspaket (26x Wellion SENSOR 14 Tage System zur kontinuierlichen Glukose-Überwachung (rtCGM))

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welcher Folgebedarf Ihnen zusteht.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

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 GmVH per Post verarbeitet. Diese Einwilligung kann ich jederzeit, kostenfrei und ohne Angabe von Gründen widerrufen mittels E-Mail an 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) 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 Transparenzerklärung.

wellion[®] SENSOR

MUSTERREZEPT

Folgeversorgung bei ICT oder CSII



Stand: 01.03.2024

Nutzen Sie ausschließlich diese Muster für Ihre Verordnungen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise beim Ausfüllen der Verordnung für den Wellion SENSOR:

Folgeversorgung

1. Angabe des Produktnamens: **Wellion SENSOR**

Hinweis: Es müssen alle benötigten Komponenten angegeben werden
- Sensoren

Angabe als **Dauerverordnung**

Ausnahmen bitte direkt auf der Verordnung vermerken - z.B. bestehende Schwangerschaft

2. Angabe der **Diagnose** oder der **medizinischen Indikation/ICD**, z.B. E10.XX oder E11.XX: Diabetes mellitus Typ 1 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft oder Diabetes mellitus Typ 2 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft

3. Angabe zur **intensivierten Insulintherapie: ICT oder CSII**

4. Angabe des **individuellen Therapieziels** (Therapieziel: „**bisher nicht erreicht**“ ist nur relevant bei Erstversorgung mit rtCGM-System, sonst bitte streichen)

5. Feld **Nummer „7“ für Hilfsmittel** ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impl- stoff	Spr.-St- Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Gebühr frei <input type="checkbox"/> DAK		6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9			
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung						Gesamt-Brutto
<input checked="" type="checkbox"/> Max								
noctu <input type="checkbox"/> Muster								
geb. am 30.10.1976								
Sonstige <input type="checkbox"/> Straße								
PLZ Ort								
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status						
Unfall <input type="checkbox"/> 1234567	123456789012	1						
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
Arbeits- unfall <input type="checkbox"/> 7654321	56789	TT.MM.JJJJ						
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel	
Wellion SENSOR rtCGM Folge - PZN: 18115962 (10 Tage Sensor)								
PZN: 19158407 (14 Tage Sensor)								
Dauerverordnung								
Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 mit ICT/mit CSII								
Therapieziel (falls gefordert): z.B. Senkung HbA1c-Wert, Vermeidung von schweren nächtlichen Hypoglykämien, etc. bisher nicht erreicht								
bbbr								
Abgabedatum in der Apotheke							Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							
							951092300Y	