

SCHULUNGS- UND EMPFANGSBESTÄTIGUNG WELLION SENSOR rtCGM (Schulungsset)

Krankenkasse: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

PERSONENDATEN Patientin, Patient:

Name, Titel: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer (für Rückfragen): _____

E-Mail Adresse (für Rückfragen): _____

nur bei Mitversicherung auszufüllen (Hauptversicherter)

Sozialversicherungsnummer: _____

Name, Titel: _____

Vorname: _____

ERSTVERSORGUNG DURCH:

- Praxis
 Klinik
 MED TRUST GmbH

erfolgt am: _____

TECHNISCHE EINWEISUNG:

- Praxis
 Klinik
 MED TRUST GmbH

Einweisende Person (Name, Vorname): _____

- Webinar Persönliche Schulung

erfolgt am: _____

Unterschrift: _____

PRODUKTDATEN:

Seriennummer Transmitter: _____

(Die Seriennummer finden Sie auf dem Sticker am Starterset.)

INFORMATION ZU BLUTZUCKERTESTSTREIFEN UND ZUBEHÖR (HILFSMITTEL):

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten der Wellion Sensoren, sobald Sie alle bisher erhaltenen Teststreifen aufgebraucht haben.

Die Möglichkeit der Direktbelieferung/-bestellung durch eine andere Herstellerfirma endet mit dem Tag der Bewilligung der Wellion Sensoren. Pennadeln bzw. Pen-Geräte, Insulinpumpen und deren Zubehör sind davon nicht betroffen und können wie gewohnt bestellt werden.

BESTÄTIGUNG:

Hiermit bestätige ich die medizinische und technische Schulung sowie den Erhalt der folgenden Produkte:

Wellion SENSOR Schulungsset

Inhalt: 1 Wellion Sensor, 1 Wellion Transmitter

Datum: _____ Unterschrift Patientin, Patient: _____

wellion[®] **SENSOR** **SCHULUNGSSET**

ÜBERGABEBESTÄTIGUNG



Datum: _____

Seriennummer des Wellion SENSOR Transmitters: _____

Chargennummer des Wellion SENSORS: _____

Hiermit bestätige ich den Erhalt eines Wellion SENSOR Schulungsset und verpflichte mich zur Rückgabe des Wellion SENSOR Transmitters, sollte die Verordnung zur rtCGM Therapie nicht gestattet werden.

Inhalt Schulungsset:

- 1x Wellion SENSOR zur kontinuierlichen Glukosemessung
- 1x Wellion SENSOR Transmitter zur Datenübertragung

Hiermit willige ich in die umseits beschriebene Verarbeitung meiner oben angeführten sowie aller zukünftig anfallenden (sensiblen) personenbezogenen Daten einschließlich möglicher Gesundheitsdaten (z.B. solcher Informationen, die Mitarbeitern von MED TRUST im Zuge der Produkt- und Kundenberatung mitgeteilt werden, wie etwa über den Behandlungsverlauf oder Anwendungsprobleme) ausdrücklich ein.

Ich willige weiters ein, dass MED TRUST meine in diesem Formular erfassten personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zusendung regelmäßiger Informationen über Veranstaltungen und Produkte der MED TRUST per Post und per E-Mail 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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten habe und in den erstmaligen Gebrauch eingewiesen wurde. **Ich stimme zu:**

- für eine pflegliche und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen
- Hilfsmittel gegen Beschädigung durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern
- das Hilfsmittel nicht zu übereignen oder zu verpfänden
- das Hilfsmittel und ungenutztes Verbrauchsmaterial dem Leistungserbringer zurückzugeben, wenn die Gründe für die Verwendung entfallen
- den Leistungserbringer unverzüglich zu informieren und zu beauftragen, wenn Reparatur, Wartung, Zubehör- und Verbrauchsmaterialien oder Service- und Dienstleistungen notwendig werden
- Schäden an dem Hilfsmittel, die durch grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz des Benutzers entstanden sind, auf eigene Rechnung beheben zu lassen.
- den Leistungserbringer über einen Wohnort- oder Kassenwechsel zu informieren
- die Versicherteninformation erhalten zu haben

Von den vorstehenden Bedingungen habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Empfängers

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser MED TRUST Kundenservice unter:
035205/469-10

Service und Vertrieb: **MED TRUST GmbH** • Bergener Ring 17-19 • 01458 Ottendorf - Okrilla

SEN007MTD-1 00 202.40222

