

# MUSTERREZEPTTE

Nutzen Sie bitte ausschließlich diese Muster für Ihre Verordnungen

## ERSTVERSORGUNG

- Empfänger (mg/dl oder mmol/l)
- Sensoren
- Transmitter

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**1** Dexcom G5 Mobile CGM-System (in \_\_ Maßeinheit) –

**2** Erstversorgung: inkl. Dexcom G5/G4-rtSensoren

**3** für einen Versorgungszeitraum von \_\_ Monaten

> Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1 / Typ-2 <

Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes (Muster 16 (7.2008))

## FOLGEVERSORGUNG

- Sensoren
- Transmitter

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

**1** Dexcom G5 Mobile CGM-System – Folgeversorgung:

**2** inkl. Dexcom G5/G4-rtSensoren und Transmitter

**3** für einen Versorgungszeitraum von \_\_ Monaten

> Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1 / Typ-2 <

Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag: \_\_\_\_\_ Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes (Muster 16 (7.2008))

Beim Ausfüllen der Verordnungen für das **Dexcom G5 Mobile** beachten Sie bitte die folgenden Hinweise:

- 1** Angabe des spezifischen Produktnamens **Dexcom G5 Mobile CGM-System** und bei der **Erstversorgung** Angabe der **Maßeinheit** mg/dl oder mmol/l
  - 2** Angabe des genauen **Versorgungszeitraums** \_\_ Monate
  - 3** Angabe der **Diagnose**: Diabetes mellitus Typ-1 oder Diabetes mellitus Typ-2
  - 4** Das **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen
- >> Das ausgefüllte Rezept überreichen Sie bitte Ihrem Patienten. Dieser sendet es dann an uns: **Dexcom Deutschland GmbH, Carl-Zeiss-Straße 45, 55129 Mainz** >> Wir vervollständigen den Antrag auf Kostenübernahme mit dem Kostenvoranschlag und reichen diesen bei der zuständigen Krankenkasse (gesetzlich und privat) ein.