

Musterrezept für Ihre Verordnung

Bitte nutzen Sie ausschließlich das Muster 16-Rezept:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	1	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse		6	x	8	9		
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung					
Mustermann, Thomas		Gesamt-Brutto					
Musterstraße 100		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					
12345 Musterstadt		Faktor					
geb. am TT.MM.JJJJ		Taxe					
TT/MM		1. Verordnung					
Kassen-Nr. 123456789		2. Verordnung					
Versicherten-Nr. A123456789		3. Verordnung					
Status 1							
Betriebsstätten-Nr. 258106700		Arzt-Nr. 123456789					
Datum TT.MM.JJJJ							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Eversense 365 rtCGM-System (Sensor, Transm., Pflaster) in [Einheit] 2 Dauerverordnung 3 Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1 / Typ 2 mit 4 5 Therapieziel: 6 Begründung: 7							
Vertragsarztstempel							
Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					
258106700Y							

Hilfsmittelnummern:

- Eversense 365 rtCGM-System mg/dl: **30.43.01.0024**
- Eversense 365 rtCGM-System mmol/l: **30.43.01.0025**

Beim Ausfüllen des Rezepts beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Feld Nummer 7 „Hilfsmittel“ ankreuzen
- Spezifischer Produktname **inkl. Angabe aller Komponenten**
 - Sensor
 - Smart Transmitter
 - Pflaster
 - Maßeinheit** (mg/dl oder mmol/l)
- Angabe als **Jahresverordnung**: Erstversorgung oder Folgeversorgung
- Angabe der **Diagnose**, z.B. Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder ICD, z.B. E10.XX oder E11.XX
- Angabe zur **Insulintherapie**: ICT oder CSII
- Angabe des **individuellen Therapieziels**, z.B.:
 - Senkung des HbA1c-Werts
 - Verbesserung der **glykämischen Variabilität** (TiR = Time in Range)
 - Reduktion der Häufigkeit/Dauer von **Hypoglykämien (schwer/nächtlich)**
 - Reduktion der Häufigkeit/Dauer von **Hyperglykämien**
 - Verbesserung der **präprandialen und/oder postprandialen** Glukosewerte
- Optional: Zuvor genutztes CGM-System und **Begründung** für
 - Pflasterunverträglichkeit/Pflasterallergie
 - Starkes Schwitzen
 - Sensorverlust
 - Hypo-Wahrnehmungsstörung

Bitte beachten: Die Genehmigung durch den Kostenträger für die Kostenerstattung benötigt (bei Erstverordnungen) einen Vorlauf von einigen Wochen und muss vor Vereinbarung des Einsetztermins vorliegen.