

Antrag an die Krankenkasse für die Kostenübernahme eines kontinuierlichen Glukosemonitoring (CGM) Systems mit implantierbarem Langzeit-Sensor (Eversense XL) bei Diabetes mellitus durch den Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie

Ich verschreibe meinem Patienten/meiner Patientin das kontinuierliche Glukosemonitoring-System Eversense XL.

Persönliche Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Tel. (Festnetz privat) _____ Tel. (Festnetz geschäftlich) _____
Tel. (Mobil privat) _____ Name der Versicherung _____
Geburtsdatum _____ Versicherten-Nr. _____

Limitation für das kontinuierliche Glukosemonitoring:

- schwere Hypoglykämien Grad II oder III
- schwere Formen von Brittle Diabetes mit bereits erfolgter Notfallkonsultation und/oder Hospitalisierung
- HbA1c-Wert gleich oder höher als 8 %
- Andere: _____

Befund am: _____

Der Patient/die Patientin hat bereits eine Kostengutsprache für die Nutzung einer kontinuierlichen Glukosemessung:

- Ja Nein

Folgende Abrechnungspositionen werden für das Material (ohne ärztliche Leistung) verwendet:

MiGeL-Positionsnummer für Transmitter: 21.05.01.00.2
TarMed-Positionsnummer für Sensoren: GI-20

Stempel des Arztes:

Ort/Datum _____ Unterschrift (Arzt) _____