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		Gesamt-Brutto			
Mustermann, Thomas							
Musterstraße 100		geb. am		TT.MM.JJJJ			
12345 Musterstadt		TT/MM					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.			
123456789	A123456789	1		1. Verordnung			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		2. Verordnung			
258106700	123456789	TT.MM.JJJJ		3. Verordnung			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel
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
Abgabedatum in der Apotheke							Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!							258106700Y
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						

Beim Ausfüllen des Rezepts beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- 1** Feld Nummer 7 „Hilfsmittel“ ankreuzen
- 2** Spezifischer Produktname **inkl. Angabe aller Komponenten**
 - Sensoren
 - Smart Transmitter
 - Pflaster
 - **Maßeinheit** (mg/dl oder mmol/l)
- 3** Angabe als **Jahresverordnung**: Erstversorgung oder Folgeversorgung
- 4** Angabe der **Diagnose**, z.B. Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder ICD, z.B. E10.XX oder. E11.XX
- 5** Angabe zur **Insulintherapie**: ICT oder CSII
- 6** Angabe des **individuellen Therapieziels**, bspw.:
 - 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
- 7** 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 Einsatztermins vorliegen.