

Der Inhaber dieses Dokumentes ist insulinpflichtiger Diabetiker.

The holder of this document is an insulin-dependent diabetic.

Ο κάτοχος της παρούσας κάρτας είναι ινσουλινοεξαρτώμενος διαβητικός.

Das ständige Mitführen des nachfolgend genannten ist lebensnotwendig.

It is vital for them to carry the following on them at all times.

Είναι ζωτικής σημασίας να έχει πάντα μαζί του τα παρακάτω.

- Blutzuckermesssystem inkl. Teststreifen** | Glucose meter including test strips | Μετρητή σακχάρου και ταινίες μέτρησης
- Stechhilfe und Lanzetten** | Lancing device and lancets | Συσκευή τρυπήματος και βελόνες
- Insulin /Diabetesmedikamente** | Insulin/diabetes medication | Ινσουλίνη/φάρμακα για τον διαβήτη
- Insulinpen und Pennadeln** | Insulin pen and needles | Στυλό ινσουλίνης και βελόνες για στυλό
- Insulinspritzen** | Insulin syringes | Ενέσεις ινσουλίνης
- Insulinpumpe mit Zubehör** | Insulin pump with accessories | Αντλία ινσουλίνης και εξαρτήματα
- Glucagonspritze** | Glucagon syringe | Ένεση γλυκαγόνης
- Sensor und Transmitter zur kontinuierlichen Glukoseüberwachung (CGM)** | Sensor and Transmitter for Continuous Glucose Monitoring (CGM) | Αισθητήρας και Πομπός για Συνεχή Παρακολούθηση Γλυκόζης
- Sensor und Scanner zur Glukoseüberwachung (FGM)** | Sensor and Scanner for Flash Glucose Monitoring (FGM) | Αισθητήρας και Συσκευή Σάρωσης για Στιγμιαία Παρακολούθηση Γλυκόζης
- Traubenzucker** | Dextrose | Δεξτρόζη
- Sonstiges** | Other | Άλλα: _____

Name | Name | Ονοματεπώνυμο

Praxisstempel | Doctor's stamp | Σφραγίδα ιατρού:

Geburtsdatum | Birth date | Ημερομηνία γέννησης

Straße | Street | Οδός

PLZ/Ort | Post code/City | Τ.Κ./Πόλη

Land | Country | Χώρα

Datum | Date | Ημερομηνία

Unterschrift Arzt | Doctor's signature | Υπογραφή ιατρού

Ascensia Diabetes Service:
0800 / 50 88 822 (kostenfrei)
info@ascensia.de
www.diabetes.ascensia.de

Ein Service von

