

Bitte nach Möglichkeit sofort per Fax zurücksenden.
(bei Versendung per FAX ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)



Absender:

Telefax: 0251 133101-7004

Ihr Zeichen:

DAK-Gesundheit Postzentrum
22777 Hamburg

Verordnung vom 02.08.2024 über FreeStyle Libre3 Lesegerät mmol/l
Hilfsmittelpositionsnummer: 21.43.01.3004

Versicherter	Geburtstag
Anschritt	

1) Welche Indikation zur Versorgung mit dem Freestyle Libre Messsystem liegt vor?

Diabetes mellitus Typ1 Typ2 pankreopriv

Bitte geben Sie zusätzlich den Diabetes-Typ mit an.

2) Angaben zur aktuellen Therapie

ICT wird **nicht** durchgeführt Insulinpumpentherapie wird durchgeführt
 ICT wird durchgeführt

Name der Insuline

Siehe Medikamenten-Plan

orale Antidiabetika

Zu welchen Tageszeiten werden die Insuline gespritzt
und / oder die oralen Antidiabetika eingenommen?

Tageszeit

zu jeder Mahlzeit + spät

3) Wie viele Blutzuckermessungen sind täglich medizinisch notwendig
und wie viele Teststreifen wurden in der Vergangenheit benötigt?

Anzahl Blutzuckermessungen

4 bis 6

Anzahl Teststreifen

4 bis 6 pro Tag

4) Warum ist die bisherige Messung des Blutzuckers mit Blutzuckermessgeräten
und Teststreifen nicht mehr ausreichend?

Begründung

Neigung zu Hypoglykämien, instabile Stoffwechsellage, HbA1c-Ziel nicht erreicht

5) Welches Therapieziel wird durch den Einsatz des Freestyle Libre Messsystems verfolgt?

Begründung

Stabilisierung und Besserung des Glukosestoffwechsels, Verhinderung von Hypoglykämien

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes