

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum für Hilfsmittel
45095 Essen

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum für Hilfsmittel
Tel. 0681 588224-82
Fax 0234 97838-90021

Name, Vorname des Versicherten:

Geburtsdatum:

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Anlage

Antwortbogen zu Ihrer Anfrage vom

hier: Produktgruppe 21 – Kostenübernahme der kontinuierlichen Glukosemessung (rtCGM)

1. **Welcher Diabetes-Typ liegt bei der oben genannten Versicherten vor?**

Typ I Typ II andere: _____

2. **Welche Art von (Insulin-)Therapie wird bei der oben genannten Versicherten durchgeführt?**

konventionelle Insulintherapie (CT) intensivierte Insulintherapie (ICT)

Insulinpumpentherapie andere: _____

Seit wann? _____

3. **Welche Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung unter Beachtung der Lebenssituation wurden für den Patienten vereinbart?**

Stabilisierung des Glukosestoffwechsels, Verhinderung schwerer Hypoglykämien

4. **Können die individuell festgelegten Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung ohne das beantragte Gerät erreicht werden?**

ja nein (Begründung erforderlich)

instabile Stoffwechsellage, keine sichere Hypoglykämie-Wahrnehmung

5. **Ist bereits eine Schulung von der oben genannten Versicherten hinsichtlich der sicheren Anwendung des Systems erfolgt?**

ja nein

6. **Ist es der oben genannten Versicherten selbstständig (bzw. durch andere Hilfspersonen) möglich, die ermittelten Daten auszuwerten und die Medikation entsprechend anzupassen?**

ja nein (durch wen erfolgt die Messung)

7. **Anzahl der täglichen Insulinabgaben (Basis-Bolus-Konzept)?**

4

8. **Ergebnisse der ermittelten HbA1c-Werte aktuell sowie im Verlauf der letzten Monate?**

_____ Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

T877555732



YRY167061 14526