

AUFTRAGS- FORMULAR



**BITTE AUFTRAGSFORMULAR
UND REZEPT(E) EINSENDEN AN**

Medtronic Diabetes
Postfach 1441
40639 Meerbusch

Vielen Dank, dass Sie sich für ein Medtronic Produkt entschieden haben. Wir freuen uns sehr, Sie als Kunden begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Bestellung möglichst schnell und ganz nach Ihren Wünschen bearbeiten können, benötigen wir zusätzlich zu Ihrem(n) Rezept(en) dieses Auftragsformular ausgefüllt. Bei gesetzlich Versicherten gilt: Medtronic erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag für Ihre Krankenkasse. Anschließend hat die Krankenkasse bis zu 5 Wochen Zeit, den Antrag zu prüfen.

Vom **Arzt/Diabetesberater** auszufüllen

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen.

PRODUKT

Insulinpumpe:

(Mehrauswahl möglich)

- MiniMed™ 640G **Einheit:** mg/dl mmol/l
 MiniMed™ 670G **Einheit:** mg/dl mmol/l

System zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM):

- CGM zur Insulinpumpe (MiniMed™ 670G/640G/Veo™)
 CGM Guardian™ Connect

i-Port Advance™ (Injektionsport)

TECHNISCHE EINWEISUNG

Die technische Einweisung wird durchgeführt:

- durch Praxis/Klinik
 durch einen Medtronic Mitarbeiter in Kleingruppen mit maximal 6 Personen. Informationen unter www.medtronic-diabetes.de
> Service > Technische Einweisungen
 durch Sonstige:

LIEFERUNG

Die erste Pumpe bzw. das erste CGM-System wird **grundsätzlich** immer an die Praxis/Klinik geliefert, um sicherzustellen, dass der Patient vor Erstanwendung gemäß Bedienungsanleitung in den sachgemäßen Gebrauch der Systeme eingewiesen wurde. Sollten Sie eine Auslieferung der Systeme an den Patienten direkt wünschen, bitte unten angeben. Bitte weisen Sie Ihren Patienten in diesem Fall darauf hin, dass er das System nicht ohne vorherige technische Einweisung anlegen darf. Sensoren werden immer an den Patienten direkt geliefert.

Die Lieferung erfolgt an:

- Praxis/Klinik Patient Sonstige:

Hinweis: Ärztliche Gutachten, Tagebücher oder auch weitere sozialmedizinische Unterlagen sind erst nach Aufforderung und nur an den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zu senden.

Name Arzt (DRUCKBUCHSTABEN)

Datum / Unterschrift Arzt

Stempel/Name + Adresse der Praxis/Klinik

Angaben zum Kunden. Vom **Kunden** auszufüllen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Auftrag nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben bearbeiten können.

*Name (des Anwenders) * bezeichnet Pflichtangaben

*Vorname (des Anwenders)

*Geburtsdatum

Telefon- / Mobilnummer

*Adresse

E-Mail

*Krankenkasse

Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen Kunden

Name

Vorname

Adresse (sofern abweichend vom Kunden)

Ich willige darin ein, dass mich Medtronic telefonisch oder schriftlich (einschließlich E-Mail) kontaktiert, um mich über Produkte und Leistungen von Medtronic zu informieren (freiwillig).

Die Datenschutzinformation (Rückseite: zum Verbleib beim Kunden) beschreibt, wie Medtronic Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten verarbeitet. Zur Bearbeitung Ihres Auftrages benötigen wir Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung, wie in der Datenschutzinformation beschrieben. Bitte lesen Sie sich diese daher sorgfältig durch und unterzeichnen dieses Auftragsformular, wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen.

Ich habe die Datenschutzinformation verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten in dem darin dargestellten Umfang ein.

Datum / Unterschrift Kunde oder gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Für die Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse müssen Medtronic alle erforderlichen Unterlagen (Empfangsbestätigung Medtronic Produkte & Rezepte) vorliegen. Bei fehlenden Unterlagen behalten wir uns das Recht vor, die Produkte innerhalb von drei Monaten zurückzufordern.

In einer Notsituation hat die schnelle Versorgung für uns Priorität. Falls Ihre Krankenkasse die Kostenübernahme der Produkte jedoch ablehnt, behalten wir uns vor, die gelieferten Produkte/Leistungen, Ihnen direkt in Rechnung zu stellen.

Medtronic

AUFTRAGS- FORMULAR

ZUM VERBLEIB
BEIM PATIENTEN

Vielen Dank, dass Sie sich für ein Medtronic Produkt entschieden haben. Wir freuen uns sehr, Sie als Kunden begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Bestellung möglichst schnell und ganz nach Ihren Wünschen bearbeiten können, benötigen wir zusätzlich zu Ihrem(n) Rezept(en) dieses Auftragsformular ausgefüllt. Bei gesetzlich Versicherten gilt: Medtronic erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag für Ihre Krankenkasse. Anschließend hat die Krankenkasse bis zu 5 Wochen Zeit, den Antrag zu prüfen.

Vom **Arzt/Diabetesberater** auszufüllen

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen.

PRODUKT

Insulinpumpe:

(Mehrauswahl möglich)

- MiniMed™ 640G **Einheit:** mg/dl mmol/l
 MiniMed™ 670G **Einheit:** mg/dl mmol/l

System zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM):

- CGM zur Insulinpumpe (MiniMed™ 670G/640G/Veo™)
 CGM Guardian™ Connect

- i-Port Advance™ (Injektionsport)**

TECHNISCHE EINWEISUNG

Die technische Einweisung wird durchgeführt:

- durch Praxis/Klinik
 durch einen Medtronic Mitarbeiter in Kleingruppen mit maximal 6 Personen. Informationen unter www.medtronic-diabetes.de
> Service > Technische Einweisungen
 durch Sonstige:

LIEFERUNG

Die erste Pumpe bzw. das erste CGM-System wird **grundsätzlich** immer an die Praxis/Klinik geliefert, um sicherzustellen, dass der Patient vor Erstanwendung gemäß Bedienungsanleitung in den sachgemäßen Gebrauch der Systeme eingewiesen wurde. Sollten Sie eine Auslieferung der Systeme an den Patienten direkt wünschen, bitte unten angeben. Bitte weisen Sie Ihren Patienten in diesem Fall darauf hin, dass er das System nicht ohne vorherige technische Einweisung anlegen darf. Sensoren werden immer an den Patienten direkt geliefert.

Die Lieferung erfolgt an:

- Praxis/Klinik Patient Sonstige:

Hinweis: Ärztliche Gutachten, Tagebücher oder auch weitere sozialmedizinische Unterlagen sind erst nach Aufforderung und nur an den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zu senden.

Name Arzt (DRUCKBUCHSTABEN)

Datum / Unterschrift Arzt

Stempel/Name + Adresse der Praxis/Klinik

Angaben zum Kunden. Vom **Kunden** auszufüllen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Auftrag nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben bearbeiten können.

*Name (des Anwenders) * bezeichnet Pflichtangaben

*Vorname (des Anwenders)

*Geburtsdatum

Telefon- / Mobilnummer

*Adresse

E-Mail

*Krankenkasse

Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen Kunden

Name

Vorname

Adresse (sofern abweichend vom Kunden)

- Ich willige darin ein, dass mich Medtronic telefonisch oder schriftlich (einschließlich E-Mail) kontaktiert, um mich über Produkte und Leistungen von Medtronic zu informieren (freiwillig).

Die Datenschutzinformation (Rückseite: zum Verbleib beim Kunden) beschreibt, wie Medtronic Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten verarbeitet. Zur Bearbeitung Ihres Auftrages benötigen wir Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung, wie in der Datenschutzinformation beschrieben. Bitte lesen Sie sich diese daher sorgfältig durch und unterzeichnen dieses Auftragsformular, wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen.

Ich habe die Datenschutzinformation verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten in dem darin dargestellten Umfang ein.

Datum / Unterschrift Kunde oder gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Für die Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse müssen Medtronic alle erforderlichen Unterlagen (Empfangsbestätigung Medtronic Produkte & Rezepte) vorliegen. Bei fehlenden Unterlagen behalten wir uns das Recht vor, die Produkte innerhalb von drei Monaten zurückzufordern.

In einer Notsituation hat die schnelle Versorgung für uns Priorität. Falls Ihre Krankenkasse die Kostenübernahme der Produkte jedoch ablehnt, behalten wir uns vor, die gelieferten Produkte/Leistungen, Ihnen direkt in Rechnung zu stellen.

Medtronic

DATENSCHUTZ-INFORMATION

Medtronic informiert Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die Sie Medtronic mit dem Ausfüllen dieses Auftragsformulars zur Verfügung stellen. Als einer der führenden Anbieter von Medizinprodukten hat Medtronic eine hohe unternehmerische Verantwortung. Die vertrauliche und verantwortungsvolle Behandlung der Daten aus unseren Beziehungen zu Kunden, Geschäftspartnern und Lieferanten bildet die Grundlage unseres unternehmerischen Erfolgs.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist „Medtronic“, das heißt die Medtronic GmbH, Earl-Bakken-Platz 1, 40670 Meerbusch (Deutschland), Telefon 0049 2159 8149 0.

Zwecke und Grundlage der Datenverarbeitung

Medtronic verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten für die nachstehenden Zwecke:

a) Verarbeitung für die Abwicklung der Bestellung der Produkte

Medtronic benötigt bestimmte Informationen für die Abwicklung Ihrer Bestellung, einschließlich der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse. Ohne diese Informationen sind wir nicht in der Lage, Ihre Bestellung abzuwickeln. Diese Daten erhalten wir von Ihnen über das Auftragsformular oder das Rezept.

Datenkategorien: Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer (freiwillig), E-Mail-Adresse (freiwillig), Versichertennummer, ärztliche Verordnung mit Informationen über die bestellten Produkte, die auch Ihre Gesundheitsdaten beinhalten können. Zuständige Krankenkasse und deren Kontaktdaten. Behandelnder Arzt/Praxis/Krankenhaus und deren Kontaktdaten. Bei minderjährigen Kunden die Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters.

Grundlage für die Verarbeitung: Ihre Einwilligung (gemäß Artikel 9 Abs. 2 lit. a) Datenschutzgrundverordnung).

b) Verarbeitung aufgrund regulatorischer Vorgaben

Medtronic verarbeitet Ihre Daten außerdem aufgrund medizinprodukterechtlicher Bestimmungen, zu deren Einhaltung Medtronic verpflichtet ist. Konkret bedeutet das Folgendes: Die mit diesem Auftragsformular bestellbaren Produkte sind Medizinprodukte, deren Funktionsweise gestört sein kann. Wenn Medtronic eine Störung feststellt, ist Medtronic aufgrund der Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes verpflichtet, Sie über bestimmte Störungen und mögliche Maßnahmen zur Behebung zu informieren.

Datenkategorie: Name, Vorname, Adresse, Daten, die auf Ihrem Produkt gespeichert sind. Bei minderjährigen Kunden die Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters.

Grundlage für die Verarbeitung: Artikel 9 Abs. 2 lit. i) Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit Medizinproduktegesetz.

c) Verarbeitung für Werbezwecke

Sofern Sie darin einwilligen, wird Medtronic Sie telefonisch oder über E-Mail kontaktieren, um Ihnen Informationen über unsere Produkte und Leistungen zukommen zu lassen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Wenn Sie Ihre Einwilligung nicht erteilen, hat das keine Konsequenzen ausser der, dass wir Sie über diese Kanäle nicht für Werbezwecke kontaktieren.

Datenkategorie: Name, Vorname, E-Mail-Adresse, Telefonnummer

Grundlage für die Verarbeitung: Ihre Einwilligung (gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. a) Datenschutzgrundverordnung).

Technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen

Medtronic hat sich dem Schutz und der Sicherheit und Vertraulichkeit Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet. Um Ihre Daten zu schützen, verwenden wir geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um Ihre Daten in angemessener Weise gegen Diebstahl, unbefugten Zugriff, Verlust, Eingriffe oder Zerstörung zu schützen.

Zusammenarbeit mit Dritten

Im Rahmen der oben genannten Datenverarbeitungen übermittelt Medtronic Ihre personen- und gesundheitsbezogenen Daten an Unternehmen, die in unserem Auftrag Dienstleistungen erbringen. Es handelt sich dabei um folgende Empfänger:

a) Empfänger im Zusammenhang mit der Verarbeitung für die Abwicklung Ihrer Bestellung

- Medtronic, Inc. mit Sitz in 710 Medtronic Parkway, Minneapolis, Vereinigte Staaten. Medtronic, Inc. stellt die zentralen Server des globalen Warenwirtschaftssystems, das Medtronic für die Abwicklung Ihrer Bestellung nutzt.
- Unternehmen mit Sitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic bei der Bereitstellung des telefonischen Kundenservices außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Medtronic unterstützen.
- Unternehmen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz, die Medtronic bei der Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse unterstützen.

b) Empfänger im Zusammenhang mit der Verarbeitung gemäß regulatorischen Vorgaben

- Medtronic MiniMed, Inc. mit Sitz 18000 Devonshire Street, Northridge, Kalifornien, 91325, Vereinigte Staaten. Medtronic MiniMed, Inc. ist der Hersteller der bestellten Produkte. Im Falle eines Defektes wird das Produkt zur Untersuchung des Fehlers an den Hersteller gesendet.
- Medtronic B.V. mit Sitz in Industry Park Trilandis Earl Bakkenstraat 10, 6422 PJ, Niederlande ist der Bevollmächtigte des Herstellers für den europäischen Wirtschaftsraum. Medtronic B.V. ist in die Kommunikation mit den Behörden im Zusammenhang mit medizinprodukterechtlichen Sicherheitsmaßnahmen involviert.
- Unternehmen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic beim Versand von medizinprodukterechtlichen Sicherheitsinformationen an Kunden unterstützen.

c) Empfänger im Zusammenhang mit der Verarbeitung für Werbemaßnahmen

- Medtronic International Trading Sàrl mit Sitz in Route du Molliou 31, 1131 Tolochenaz, Schweiz. Medtronic International Trading Sàrl unterstützt Medtronic bei der Organisation und Durchführung von Marketingkampagnen.
- Unternehmen innerhalb und außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic technische Infrastruktur für die Organisation und Durchführung von Marketingkampagnen zur Verfügung stellen.
- Unternehmen mit Sitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, die Medtronic beim Versand von Werbeunterlagen unterstützen.

Die oben genannten Empfänger Ihrer Daten erhalten diese aufgrund entsprechender Verträge mit Medtronic, einschließlich der Auftragsverarbeitungsverträge, die die Empfänger verpflichten, Ihre Daten ausschliesslich für die jeweils genannten Zwecke und nach den Weisungen von Medtronic zu verarbeiten.

Darüber hinaus arbeitet Medtronic mit Postdienstleistern wie DHL und der Deutschen Post zusammen.

Übermittlung Ihrer Daten ins außereuropäische Ausland

Sofern wir Ihre Daten in ein Land übermitteln, das kein Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes ist und für das es keinen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission gibt, findet die Übermittlung auf Grundlage der von der Europäischen Kommission verabschiedeten Standardvertragsklauseln zur Herstellung eines angemessenen Datenschutzniveaus statt.

Dauer der Datenaufbewahrung

Medtronic ist zur Gewährleistung der Produktrückverfolgbarkeit nach den medizinprodukterechtlichen Vorschriften dazu verpflichtet, Ihre Daten so lange zu speichern, wie Sie das Ihnen überlassene Medizinprodukt nutzen.

Rechte des Betroffenen

Im Hinblick auf die Verarbeitung Ihrer Daten durch Medtronic gemäß dieser Datenschutzerklärung stehen Ihnen als Betroffener die folgenden Rechte zu:

- Sie haben das Recht, von Medtronic Auskunft über die Daten zu verlangen, die von Medtronic verarbeitet werden, und eine kostenlose Kopie Ihrer Daten zu erhalten.
- In den Fällen, in denen die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos zu widerrufen.
- Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Angaben.
- Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen.
- Sie haben das Recht, von Medtronic zu verlangen, dass Ihre Daten in einem gängigen Dateiformat an eine andere Organisation übertragen werden.
- Sie haben das Recht, eine Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde einzulegen.

Bitte richten Sie Ihr Begehren an eine der folgenden E-Mail-Adressen: rs.dusdatenschutz@medtronic.com oder rs.privacyeurope@medtronic.com.

Medtronic

AUFTRAGS- FORMULAR

ZUM VERBLEIB IN
DER PRAXIS/KLINIK

Vielen Dank, dass Sie sich für ein Medtronic Produkt entschieden haben. Wir freuen uns sehr, Sie als Kunden begrüßen zu dürfen. Damit wir Ihre Bestellung möglichst schnell und ganz nach Ihren Wünschen bearbeiten können, benötigen wir zusätzlich zu Ihrem(n) Rezept(en) dieses Auftragsformular ausgefüllt. Bei gesetzlich Versicherten gilt: Medtronic erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag für Ihre Krankenkasse. Anschließend hat die Krankenkasse bis zu 5 Wochen Zeit, den Antrag zu prüfen.

Vom **Arzt/Diabetesberater** auszufüllen

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen.

PRODUKT

Insulinpumpe:

(Mehrauswahl möglich)

- MiniMed™ 640G **Einheit:** mg/dl mmol/l
 MiniMed™ 670G **Einheit:** mg/dl mmol/l

System zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM):

- CGM zur Insulinpumpe (MiniMed™ 670G/640G/Veo™)
 CGM Guardian™ Connect

- i-Port Advance™ (Injektionsport)**

TECHNISCHE EINWEISUNG

Die technische Einweisung wird durchgeführt:

- durch Praxis/Klinik
 durch einen Medtronic Mitarbeiter in Kleingruppen mit maximal 6 Personen. Informationen unter www.medtronic-diabetes.de
> Service > Technische Einweisungen
 durch Sonstige:

LIEFERUNG

Die erste Pumpe bzw. das erste CGM-System wird **grundsätzlich** immer an die Praxis/Klinik geliefert, um sicherzustellen, dass der Patient vor Erstanwendung gemäß Bedienungsanleitung in den sachgemäßen Gebrauch der Systeme eingewiesen wurde. Sollten Sie eine Auslieferung der Systeme an den Patienten direkt wünschen, bitte unten angeben. Bitte weisen Sie Ihren Patienten in diesem Fall darauf hin, dass er das System nicht ohne vorherige technische Einweisung anlegen darf. Sensoren werden immer an den Patienten direkt geliefert.

Die Lieferung erfolgt an:

- Praxis/Klinik Patient Sonstige:

Hinweis: Ärztliche Gutachten, Tagebücher oder auch weitere sozialmedizinische Unterlagen sind erst nach Aufforderung und nur an den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zu senden.

Name Arzt (DRUCKBUCHSTABEN)

Datum / Unterschrift Arzt

Stempel/Name + Adresse der Praxis/Klinik

Angaben zum Kunden. Vom **Kunden** auszufüllen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Auftrag nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben bearbeiten können.

*Name (des Anwenders) * bezeichnet Pflichtangaben

*Vorname (des Anwenders)

*Geburtsdatum

Telefon- / Mobilnummer

*Adresse

E-Mail

*Krankenkasse

Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei minderjährigen Kunden

Name

Vorname

Adresse (sofern abweichend vom Kunden)

Ich willige darin ein, dass mich Medtronic telefonisch oder schriftlich (einschließlich E-Mail) kontaktiert, um mich über Produkte und Leistungen von Medtronic zu informieren (freiwillig).

Die Datenschutzzinformation (Rückseite: zum Verbleib beim Kunden) beschreibt, wie Medtronic Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten verarbeitet. Zur Bearbeitung Ihres Auftrages benötigen wir Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung, wie in der Datenschutzzinformation beschrieben. Bitte lesen Sie sich diese daher sorgfältig durch und unterzeichnen dieses Auftragsformular, wenn Sie in die Verarbeitung einwilligen.

Ich habe die Datenschutzzinformation verstanden und willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten in dem darin dargestellten Umfang ein.

Datum / Unterschrift Kunde oder gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Für die Kostenerstattung durch Ihre Krankenkasse müssen Medtronic alle erforderlichen Unterlagen (Empfangsbestätigung Medtronic Produkte & Rezepte) vorliegen. Bei fehlenden Unterlagen behalten wir uns das Recht vor, die Produkte innerhalb von drei Monaten zurückzufordern.

In einer Notsituation hat die schnelle Versorgung für uns Priorität. Falls Ihre Krankenkasse die Kostenübernahme der Produkte jedoch ablehnt, behalten wir uns vor, die gelieferten Produkte/Leistungen, Ihnen direkt in Rechnung zu stellen.

Medtronic

MUSTER-REZEPT

Krankenkasse bzw. Kostenträger		DMS		Diab.	Ingl.	Ein-So.	Geogr.	Diagn.	Abrechnungsnummer
Musterkrankenkasse		S		X	A	B			
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Praxi-Nr.					
Mustermann, Erika		TT.MM.JJJJ		Geogr.-Praxi-Nr.					
Musterstraße 100				Arzt-ID / Briefsch.					
12345 Musterstadt				1. Verordnung					
Kassen-Nr.		Verfahrens-Nr.		Status		2. Verordnung			
123456789		A123456789				3. Verordnung			
Behörden-Nr.		Arzt-Nr.		Datum					
987654321		123456789		TT.MM.JJJJ					
RP, (Die Leerräume durchstreichen)		Vertragsstempel							
Produktname, Artikelnummer		Musterpraxis Dr. Mustermann 12345 Musterstadt							
Diabetes mellitus Typ 1 oder ICD Code									
bbbr		Abgabedatum		Unterschrift des Arztes					
Bei Antibiotikaeinsatz auszufüllen		in der Apotheke		Muster 13.07.2006					
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer							

Für eine reibungslose Bearbeitung bitten wir Sie, die nebenstehende beispielhafte Rezeptvorlage zu beachten.

Pro Produkt bitte ein Rezept ausstellen

PRODUKTE UND ARTIKELNUMMERN

Eine vollständige Übersicht aller Produkte finden Sie in unserem Produktkatalog unter www.medtronic-diabetes.de > Service > Downloads.

PRODUKTNAME	ARTIKELNUMMER
Insulinpumpentherapie	
MiniMed 670G mg/dl Insulinpumpe	DE670GMGDL1
MiniMed 670G mmol/l Insulinpumpe	DE670GMMOLL1
MiniMed 640G mg/dl Insulinpumpe	DE640GMGDL1
MiniMed 640G mmol/l Insulinpumpe	DE640GMMOLL1
CGM Einsteigerpakete	
enthalten den Transmitter sowie Sensoren für einen Quartalsbedarf.	
Guardian 3 CGM-Einsteigerpaket (für MiniMed 640G und 670G)	DECGMTSGL3
MiniLink CGM-Einsteigerpaket (für MiniMed Veo)	DECGMTSMMVEO
Guardian Connect CGM-Einsteigerpaket inkl. Monitor	DECGMTSGCMMO
Guardian Connect CGM-Einsteigerpaket	DECGMTSGCOMO
CGM Transmitterpakete	
sind für Folgeversorgungen und enthalten einen Transmitter und einen Sensor.	
Guardian 3 CGM-Transmitterpaket (für MiniMed 640G und 670G)	DECGMSSGL3
MiniLink REAL-Time Transmitter-Set (für MiniMed Veo)	MMT-7774WE
Guardian Connect CGM-Transmitterpaket inkl. Monitor	DECGMSSGCMMO
Guardian Connect CGM-Transmitterpaket (ohne Monitor)	DECGMSSGSOMO
Sensorenpakete	
Jahrespaket Guardian Sensor 3 (für MiniMed 640G und 670G)	11xMMT-7020C1
Jahrespaket Enlite 2 Sensor (für MiniMed Veo und Guardian Connect)	12xMMT-7008A

