

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

MEDICAL CERTIFICATE

Name/name: _____

geboren/born: _____

hat Typ-1-Diabetes und ist auf die kontinuierliche Zufuhr von Insulin angewiesen.
has type-1-diabetes and relies on the continuous application of insulin.

Sie/Er verwendet hierfür die Medtronic Insulinpumpe:
In her/his case, the application is performed with the Medtronic insulin pump:

MiniMed™ 670G

MiniMed™ 640G

MiniMed™ Veo™

Zusätzlich zur Insulinpumpe sind zur Versorgung des Diabetes mellitus die folgenden Dinge notwendig:
In addition to the insulin pump, the following items are necessary to treat this type of diabetes:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Insulinampullen▪ Infusionssets▪ Reservoirs▪ Spritzen/Insulin Pens▪ Hautdesinfektionsmittel▪ Blutzucker- und Urin-Teststreifen▪ Blutzuckermessgerät▪ Einführ-/Stechhilfen▪ Blutentnahme-Lanzetten▪ Glukosesensoren▪ Glukosdaten-Transmitter▪ Pflaster▪ Traubenzucker▪ Fernbedienung▪ Batterien | <ul style="list-style-type: none">▪ insulin vials▪ infusion sets▪ syringes▪ insulin pens▪ solution for skin disinfection▪ blood glucose and urine test strips▪ blood glucose meter▪ insertion/lancing devices▪ lancets▪ glucose sensors▪ glucose data transmitter▪ adhesives▪ glucose tablets▪ remote control▪ batteries |
|---|--|

Behandelnder Arzt / Treating medical physician:

Name/name: _____

Stempel/Unterschrift
Stamp/signature

Medtronic

Medtronic GmbH
Geschäftsbereich Diabetes
Postfach 1441
40639 Meerbusch

Telefon: 0800 6464633
Aus dem Ausland:
+49 2159 8149370