

DEXCOM G6 MUSTERREZEPTE

ERSTVERSORGUNG

Nutzen Sie bitte ausschließlich diese Muster für Ihre Verordnungen.

Beim Ausfüllen der Verordnungen für das **Dexcom G6** beachten Sie bitte die folgenden Hinweise:

1 Angabe des spezifischen Produkt-namens **Dexcom G6 rtCGM-System**

Bitte alle benötigten System-Komponenten angeben:

- Sensoren
- Transmitter
- MIT/OHNE Empfänger* (Voraussetzung siehe unten)
- Angabe der Maßeinheit mg/dl oder mmol/l

2 Angabe als **Dauerverordnung** (Ausnahme z. B. bestehende Schwangerschaft, bitte auf der Verordnung direkt vermerken)

3 Möglichst genaue Angabe der **Diagnose** oder der **medizinischen Indikation/ICD**, z. B. E10.XX oder E11.XX: Diabetes mellitus Typ1 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft oder Diabetes mellitus Typ2 mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft oder Gestationsdiabetes

4 Angabe zur **intensivierten Insulintherapie**: ICT oder CSII

5 Angabe **individuelles Therapieziel**

6 Angabe **Voraussetzungen G-BA-Beschluss vom 16.06.2016 erfüllt, individuelles Therapieziel** (siehe Beispiele) **ohne rtCGM nicht erfüllt**, Schulung in rtCGM erfolgt spätestens nach der Genehmigung. Falls notwendig: Parallel wurde **kompatible Insulinpumpe/Smartpen** verordnet

7 **Feld Nummer 7** für „Hilfsmittel“ ankreuzen

Beispiele für individuell zu erreichende Therapieziele:

- Senkung des HbA_{1c}-Wertes
- Verbesserung der glykämischen Variabilität (Zeit im Zielbereich = **Time in Range**)
- Reduktion der Häufigkeit u./o. Dauer (**schwerer/nächtlicher**) **Hypoglykämien**
- Reduktion der Häufigkeit u./o. Dauer **Hyperglykämien**
- Verbesserung der **präprandialen** o. **postprandialen BZ-Werte**
- Verbesserung der Stoffwechsellage aufgrund von bestehendem **Schwangerschaftswunsch**/bei vorliegender **Schwangerschaft**

Ergänzender Hinweis

* **Voraussetzung für die Verordnung ohne Empfänger:** Die Verschreibung des Dexcom G6 bei Umversorgung ist ohne Empfänger möglich. Voraussetzung für die Benutzung des Dexcom G6 ohne Empfänger ist das Vorhandensein eines kompatiblen Kommunikationsgerätes (Smartphone/Smartwatch, nicht im Lieferumfang enthalten), siehe www.dexcom.com/ous-compatibility-page. Bitte klären Sie mit Ihren Patienten bei der Verschreibung, ob ein Empfänger benötigt wird oder nicht. Sollte Ihr Patient einen **Empfänger benötigen**, geben Sie dies bitte auf dem Rezept (>>MIT Empf<<) bei den Systemkomponenten an. Die **Angabe der Maßeinheit mg/dl oder mmol/l** ist immer erforderlich.

Musterrezept Folgeversorgung und Mehrbedarf
>> siehe Rückseite

Das ausgefüllte Rezept senden Sie bitte im beigefügten **Freiumschlag** an:
Dexcom Deutschland GmbH, Haifa-Allee 2, 55128 Mainz

Wir vervollständigen den Antrag auf Kostenübernahme mit dem Kostenvorschlag und reichen diesen bei der zuständigen Krankenkasse (gesetzlich) ein.

DEXCOM G6 MUSTERREZEPTE FOLGEVERSORGUNG UND MEHRBEDARF

Nutzen Sie bitte ausschließlich diese Muster für Ihre Verordnungen.

Bitte alle benötigten System-Komponenten auf dem Rezept angeben:

- Sensoren
- Transmitter

Folgeversorgung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG 7 Impfstoff-Bedarf Spr.-St.-Bedarf Begr.-Pflicht Apotheken-Nummer / IK
6 X 8 9

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
DexG6 Folge (Sens, Transm) Dauerverordnung

> Diagnose: E10.XX Diabetes mellitus Typ1/Typ2 mit ICT/CSII < Therapieziel _____

1
2
3 4
5

bbbr Abgabedatum in der Apotheke
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Bitte die benötigten System-Komponenten auf dem Rezept angeben:

- Sensor(en) (mit Mengenangabe)
- Transmitter
- Empfänger (mg/dl oder mmol/l)

Mehrbedarf

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BVG 7 Impfstoff-Bedarf Spr.-St.-Bedarf Begr.-Pflicht Apotheken-Nummer / IK
6 X 8 9

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Vertragsarztstempel

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
DexG6 Mehrbedarf (Anzahl) Sensor(en) oder Transmitter oder Empfänger in mg/dl oder mmol/l

> Diagnose: E10.XX Diabetes mellitus Typ1/Typ2 mit ICT/CSII < Bitte ausführliche Begründung für Mehrbedarf angeben

1
3
8

bbbr Abgabedatum in der Apotheke
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

8 Beispiele für Begründungen:

- Defekt durch MRT/CT/Sturz
- Verlust/Eigenverschulden
- Erhöhter Bedarf, da sehr aktives Kind/hohe sportliche Betätigung
- Höherer Sensorverbrauch durch Schwitzen/Hautirritation etc.

Musterrezept Erstversorgung
>> siehe Rückseite

KUNDENSERVICE

- Ihr direkter Draht: 0800 724 6447 Montag–Freitag von 7:30–17:00 Uhr Anrufer aus dem Ausland: +49 6131 490 9060
- E-Mail: de.info@dexcom.com Nutzen Sie auch unser Kontaktformular auf www.dexcom.de
- NEU Folgen Sie uns auf Facebook: facebook.com/dexcom.deutschland www.dexcom-community.de

TECHNISCHER SUPPORT

- NEU Selbstservice Webportal für technische Anfragen www.dexcom.com/DETechSupport
- Ihr direkter Draht: 0800 724 6449 Montag–Freitag 8:00–19:00 Uhr sowie Samstag und Sonntag 9:30–17:30 Uhr
- Aus dem deutschen Festnetz kostenfrei, Mobilfunktarife abweichend. Bitte informieren Sie sich bei Ihrem Mobilfunkanbieter.

Dexcom Deutschland GmbH | Haifa-Allee 2 | 55128 Mainz

Dexcom, Dexcom G6, Dexcom Follow, Dexcom Share sowie Dexcom CLARITY sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und können in anderen Ländern eingetragen sein. © 2021 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany