

Bestellformular für das Diabex CGM-Gerät nach Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus. Felder mit einem Stern (*) sind Pflichtfelder.

1. Vollständiger Name des Patienten*

Name

Vorname

2. Anschrift des Patienten*

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

3. AHV-Nummer*

4. Versicherungsnummer*

5. Telefonnummer des Patienten*

6. E-Mail-Adresse (optional)*

Angaben des Vertreters (falls zutreffend)

1. Vollständiger Name des Vertreters

Name

Vorname

2. Beziehung zum Patienten (z.B. Elternteil, Vormund)

3. Telefonnummer des Vertreters

Angaben zur Krankenkasse/Kostenträger

1. Name der Krankenkasse*

2. Kostenträgernummer*

3. Anschrift der Krankenkasse*

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

4. Kontaktperson bei der Krankenkasse (optional)

5. Telefonnummer der Krankenkasse*

Medizinische Angaben

1. Diagnose des Patienten*

2. Datum der Diagnose (optional)

Angaben zum behandelnden Arzt / zur Ärztin oder zum Diabetologen / zur Diabetologin

1. Vollständiger Name des Arztes / der Ärztin bzw. des Diabetologen / der Diabetologin*

2. Fachrichtung* (z.B. Diabetologe/in, Endokrinologe/in)

3. Anschrift der Praxis / Klinik*

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

4. Telefonnummer der Praxis / Klinik*

5. E-Mail-Adresse des Arztes / der Ärztin (optional)

Bestellinformationen für das CGM-Gerät

1. Gewünschtes CGM-Modell*

2. Anzahl der Sensoren (pro Lieferung)

Erklärung und Zustimmung

- Ich gebe ausdrücklich mein Einverständnis, dass Diabex oder von Diabex bezeichnete Dritte die oben genannten Daten nur für die Abwicklung von Bestellungen von Diabex-Produkten und zur Abrechnung mit dem Garanten bzw. rechtlichen Vertreter verwenden.
- Diabex setzt nur solche Dritte ein, die sich vertraglich zur vollumfänglichen Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften verpflichtet haben.
- Diabex bzw. die Dritten löschen sämtliche oben genannten Daten, falls diese nicht mehr erforderlich sind, spätestens mit Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eine gültige Kostengutsprache der Krankenkasse vorliegt. Ohne eine solche bin ich verpflichtet, die Kosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Patientenformular und die Kostengutsprache per E-Mail an **info@diabex.ch** oder per Post an:

Diabex GmbH, Platz 1A, D4 Business Village, 6039 Root