

Modulo d'ordine per il dispositivo CGM Diabex

Dopo l'approvazione della copertura da parte dell'assicurazione sanitaria

Si prega di compilare tutti i campi con attenzione. I campi contrassegnati con un asterisco (*) sono obbligatori.

1. Nome completo del paziente*	
Nome	Cognome
2. Indirizzo del paziente*	
Via, N.	CAP, Città
3. Numero AHV*	4. Numero di assicurazione*
5. Numero di telefono del paziente*	6. Indirizzo e-mail (opzionale)*

Informazioni del rappresentante (se applicabile)

1. Nome completo del rappresentante	
Nome	Cognome
2. Relazione con il paziente (es. Genitore, Tutore)	3. Numero di telefono del rappresentante

Informazioni sull'assicurazione sanitaria / ente pagatore

1. Nome dell'assicurazione sanitaria*	2. Numero dell'ente pagatore*
3. Indirizzo dell'assicurazione sanitaria*	
Via, N.	CAP, Città
4. Persona di contatto presso l'assicurazione sanitaria (opzionale)	5. Numero di telefono dell'assicurazione sanitaria*

Informazioni mediche

1. Diagnosi del paziente*	2. Data della diagnosi (opzionale)
---------------------------	------------------------------------

Informazioni sul medico curante / diabetologo

1. Nome completo del medico / diabetologo*	2. Specializzazione* (es. Diabetologo, Endocrinologo)
3. Indirizzo dello studio / clinica*	
Via, N.	CAP, Città
4. Numero di telefono dello studio / clinica*	5. Indirizzo e-mail del medico (opzionale)

Informazioni sull'ordine del dispositivo CGM

1. Modello CGM desiderato*	2. Numero di sensori (per consegna)
----------------------------	-------------------------------------

Dichiarazione e consenso

- Dichiaro espressamente il mio consenso affinché Diabex o terzi designati da Diabex utilizzino i dati sopra menzionati esclusivamente per l'elaborazione degli ordini di prodotti Diabex e per la fatturazione con il garante o il rappresentante legale.
- Diabex impiega solo terzi che sono contrattualmente obbligati a rispettare pienamente le normative legali sulla protezione dei dati.
- Diabex o i terzi cancelleranno tutti i dati sopra menzionati se non più necessari, al più tardi alla scadenza dei periodi di conservazione previsti dalla legge.
- Con la mia firma confermo che è in atto un'approvazione valida dei costi da parte dell'assicurazione sanitaria. In assenza di tale approvazione, sono obbligato a sostenere personalmente i costi.

Luogo, Data

Firma

Si prega di inviare il modulo del paziente e l'approvazione dei costi via e-mail a info@diabex.ch o per posta a:

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