

Ärztliche Bestätigung zur Versorgung mit dem CGM-System Dexcom G6/G7

Versicherter

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Diabetes-Typ: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

Verordnung und Indikation

Ich verordne dem oben genannten Versicherten das Glukose-Messsystem Dexcom G6 bzw. G7. Die Verordnung erfolgt gemäß dem G-BA-Beschluss vom 16.06.2016 und ist im Rahmen folgender Therapieformen indiziert: CSII oder ICT.

Ich bestätige, dass der Versicherte derzeit eine intensivierete Insulintherapie durchführt

☐ als ICT (Intensivierte konventionelle Insulintherapie)

☐ als CSII (Insulinpumpentherapie).

Therapiemanagement und Schulung

☐ Der Versicherte ist in der intensivierten Insulintherapie geschult, wendet diese adäquat an und erfüllt folgende Anforderungen:

- Er bestimmt Zeitpunkt und Zusammensetzung seiner Mahlzeiten eigenständig.
- Er berechnet den Kohlenhydratanteil (BE/KE-Faktoren) der Mahlzeiten selbst.
- Er misst den präprandialen Glukosespiegel und dosiert darauf basierend das Mahlzeiteninsulin eigenverantwortlich.
- Die Dokumentation erfolgt täglich, z. B. in einem Glukosetagebuch oder digital.
- Es erfolgen regelmäßige postprandiale Glukosemessungen zur Therapiekontrolle

Therapieziele

☐ Trotz Beachtung der jeweiligen Lebenssituation konnten die gemeinsam definierten Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung bislang nicht erreicht werden.

Es wurde gemeinsam ein individuelles Therapieziel unter Einsatz eines CGM-Systems vereinbart, das ich im weiteren Behandlungsverlauf regelmäßig überprüfe.

Gerätenutzung und Compliance

☐ Der Versicherte kann mit dem CGM-System sicher umgehen. Er kennt die Funktionen, den Nutzen und mögliche Risiken und ist in der Lage, die Messergebnisse richtig zu verstehen und eigenständig darauf zu reagieren.

Bestätigung durch die Praxis, dass die vorbezeichneten Voraussetzungen erfüllt sind:

Ort, Datum:

Stempel /Unterschrift des Arztes: