

Auftragsformular

BITTE ZUSAMMEN MIT IHRER FACHÄRZTLICHEN VERORDNUNG EINSENDEN



BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR VOLLSTÄNDIG UND LESBAR AUS UND SENDEN ES AN: INSULET GERMANY GMBH, POSTFACH 21 05 23, 80675 MÜNCHEN
Die Prüfung Ihres Kostenvorschlags durch Ihre Krankenkasse kann bis zu 5 Wochen in Anspruch nehmen.

Vom Diabetesteam auszufüllen (Bitte alle Felder vollständig und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen):

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet. Diese Formulierung schließt alle Personen gleichermaßen ein und soll keine Diskriminierung darstellen.

Welches Omnipod® 5-System (Starterset mit 30 Omnipod® 5 Pods) möchten Sie verordnen? mg/dL mmol/L

Derzeitige Therapie des Anwenders:

- Neu diagnostiziert
- Intensivierte konventionelle Insulintherapie (ICT)
- Omnipod DASH® oder Omnipod® System
- Insulinpumpe mit AID
- Insulinpumpe ohne AID

Es wird bestätigt, dass der Anwender Dexcom G6 oder G7 mit der **Dexcom App** auf einem **kompatiblen Smartphone** verwenden wird.

Bitte angeben:

G6 G7

Dexcom G6 oder G7 sind separat erhältlich und müssen mit der Dexcom Mobil-App für IOS oder Android verwendet werden. Der Dexcom Empfänger ist für den Einsatz mit dem Omnipod 5 System nicht kompatibel.

Die Einweisung erfolgt durch:

Insulet

- Persönliche Einweisung durch einen Insulet-Mitarbeiter
- Virtuelle Live-Einweisung durch einen Insulet-Mitarbeiter

Bitte weisen Sie den Anwender in diesem Fall ausdrücklich darauf hin, dass er das Omnipod® 5 -System erst nach erfolgter Einweisung verwenden darf.

oder

Die Praxis/Klinik

Bitte wählen Sie unter dem Punkt "Lieferung" die entsprechende Option aus (siehe rechts).

Die Lieferung des Omnipod® 5-Systems erfolgt an:

Die Adresse der Praxis/Klinik (siehe Stempel)

Die Adresse des Anwenders

Folgende abweichende Adresse in Deutschland

Stempel der Praxis/Klinik

Vom Anwender auszufüllen (Bitte alle Felder vollständig und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen):

Frau Herr

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet. Diese Formulierung schließt alle Personen gleichermaßen ein und soll keine Diskriminierung darstellen.

Familienname (Anwender)

Vorname (Anwender)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Name Ihrer Krankenversicherung

Versichertennummer* (Großbuchstabe + 9 Ziffern)

Straße

Hausnr.

Postleitzahl

Wohnort

Land (falls nicht Deutschland)

Mobilfunknummer*

E-Mail-Adresse*

***) Für Ihren Start mit Omnipod 5 unbedingt erforderliche Angaben**

Angaben zum gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. zum gesetzlichen Betreuer

Bitte geben Sie das Verhältnis zum Anwender an:

Nachname (Vertreter/Betreuer)

Vorname (Vertreter/Betreuer)

Straße

Hausnr.

Postleitzahl

Wohnort

Land (falls nicht Deutschland)

Mobilfunknummer

E-Mail-Adresse

Haben Sie eine Zuzahlungsbefreiung?

Ja (bitte legen Sie eine Kopie bei, oder senden diese per E-Mail an zuzahlung-DE@insulet.com)

Nein

Die Insulet Germany GmbH und die Unternehmen der Insulet Gruppe möchten Ihnen gerne personalisierte E-Mails und Textnachrichten über ihre Produkte und Dienstleistungen schicken. Wenn Sie diese Nachrichten erhalten möchten, können Sie durch Ankreuzen dieses Kästchens Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten für die oben genannten Marketingzwecke geben. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, indem Sie in einer Ihnen zugesandten E-Mail auf „Abmelden“ klicken oder eine E-Mail an dataprivacy@insulet.com senden.

Unterschrift und Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten

Mit Ihrer Unterschrift bestellen Sie verbindlich die oben ausgewählten Omnipod® Produkte. Um Ihre Bestellung des Omnipod® 5-Systems abwickeln zu können und Ihnen einen umfassende Produkt- und Kundenbetreuung bei Fragen bieten zu können, muss die Insulet Germany GmbH („Insulet“ oder „wir“) Ihre Gesundheitsdaten (z. B. die in diesem Formular enthaltenen persönlichen Daten und Angaben zu Ihrem Diabetes) verarbeiten. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken und wie auf der nächsten Seite und in der Datenschutzerklärung von Insulet unter <https://www.omnipod.com/de-de/datenschutz> (Datenschutzerklärung) näher beschrieben. Handeln Sie als gesetzlicher Vertreter, so gilt diese Einwilligung sowohl für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten als auch für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten der von Ihnen vertretenen Person, einschließlich deren Gesundheitsdaten.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, indem Sie sich wie in der Datenschutzerklärung beschrieben an Insulet wenden. Wenn Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zustimmen möchten, können wir Ihnen die Produkte nicht zur Verfügung stellen.

Datum
(TT.MM.JJJJ)

Unterschrift