

Bitte nach Möglichkeit sofort per Fax zurücksenden.  
(bei Versendung per FAX ist eine Rücksendung per Post nicht notwendig)



Absender:

Telefax: 0251 133101-7004

Ihr Zeichen:

DAK-Gesundheit Postzentrum  
22777 Hamburg

Verordnung vom \_\_\_\_\_ über FreeStyle Libre2 Lesegerät mmol/l  
Hilfsmittelpositionsnummer: 21.43.01.3004

Versicherter	Geburtstag
Anschritt	

1) Welche Indikation zur Versorgung mit dem Freestyle Libre Messsystem liegt vor?

Diabetes mellitus     Typ1     Typ2     pankreopriv

Bitte geben Sie zusätzlich den Diabetes-Typ mit an.

2) Angaben zur aktuellen Therapie

ICT wird **nicht** durchgeführt                       Insulinpumpentherapie wird durchgeführt  
 ICT wird durchgeführt

Name der Insuline

**Siehe Medikamenten-Plan**

orale Antidiabetika

Zu welchen Tageszeiten werden die Insuline gespritzt  
und / oder die oralen Antidiabetika eingenommen?

Tageszeit  
zu jeder Mahlzeit + spät

3) Wie viele Blutzuckermessungen sind täglich medizinisch notwendig  
und wie viele Teststreifen wurden in der Vergangenheit benötigt?

Anzahl Blutzuckermessungen  
4 bis 6

Anzahl Teststreifen  
4 bis 6 pro Tag

4) Warum ist die bisherige Messung des Blutzuckers mit Blutzuckermessgeräten  
und Teststreifen nicht mehr ausreichend?

Begründung

Neigung zu Hypoglykämien, instabile Stoffwechsellage, HbA1c-Ziel nicht erreicht

5) Welches Therapieziel wird durch den Einsatz des Freestyle Libre Messsystems verfolgt?

Begründung

Stabilisierung und Besserung des Glukosestoffwechsels, Verhinderung von Hypoglykämien

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes