

**Ergänzende Informationen zum rtCGM-Nutzer**

**Name:** \_\_\_\_\_ / **Versicherten-Nr.** \_\_\_\_\_

**Praxis:** \_\_\_\_\_ / **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapie?  ICT  CSII seit \_\_\_\_\_  rtCGM als Selbstzahler seit \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  Typ 1  Typ 2  Anderer Typ: \_\_\_\_\_

Diagnose des Diabetes mellitus (Jahr): \_\_\_\_\_

Letzte Diabetes- bzw. Auffrischungsschulung (Jahr)? \_\_\_\_\_

Seit wann erfolgt die Betreuung durch das aktuelle Diabetesteam? \_\_\_\_\_

Welches rtCGM-System soll zum Einsatz kommen? \_\_\_\_\_

Ausgangsbasis ist, dass alle individuellen Therapieoptionen unter Beachtung der jeweiligen Lebenssituationen des Patienten ausgeschöpft wurden.

Welche individuellen Therapieziele konnten bisher ohne rtCGM nicht erreicht werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche individuellen Therapieziele sollen nun mit rtCGM erreicht werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Patient soll das rtCGM-System regelmäßig nutzen (= mind. 75% der Zeit)? Ja  Nein

Wurde die Diabetologische Schwerpunktpraxis in das verordnete Gerät durch den Hersteller eingewiesen? Ja  Nein

Name des Herstellers: \_\_\_\_\_

Erfolgt vor erstem Einsatz des rtCGM-Systems eine technische Einweisung? Ja  Nein

Wer wird die technische Einweisung durchführen? \_\_\_\_\_

Wird der Patient in der Nutzung seines rtCGM-Systems geschult? Ja  Nein

Welches Schulungsprogramm wird verwendet? \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_