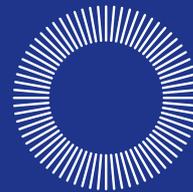


Omnipod®-Insulin-Managementsystem

AUSFÜLLHILFE FÜR DIE ERST- UND FOLGEVERSORGUNG



omnipod®
INSULIN MANAGEMENT SYSTEM

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen von Verordnungen für das Omnipod®-Insulin-Managementsystem die folgenden Hinweise:

1. Angabe des spezifischen Produktnamens „Omnipod®-Insulin-Managementsystem“.
2. **Angabe**, ob es sich um eine Erstversorgung mit dem **Omnipod®-System Starter Set** handelt (inkl. 10 Omnipod® Pods) oder um die **Omnipod® Pods** (z.B. 3 x 10 Pods für einen Quartals- oder 12 x 10 Pods für einen Jahresbedarf).

WICHTIG: Bei der Erstversorgung bitte die **gewünschte Maßeinheit (mg/dL oder mmol/L)** für das **Omnipod®-System Starter Set** angeben.

3. *Optionale* Angabe der **7- oder 10-stelligen Positionsnummer (HMV-Nr.)** oder **PZN** auf dem Rezept (siehe unten).
4. Angabe der **Diagnose** (z.B. Diabetes mellitus Typ-1) **und** der **Indikation** (z.B. unzureichende Stoffwechseleinstellung unter ICT).
5. Das Feld Nummer 7 für „**Hilfsmittel**“ ankreuzen.

Omnipod®-System STARTER SET

Beinhaltet:

- 1 Omnipod® Personal Diabetes Manager (PDM) Kit
 - Maßeinheit mmol/L:
HMV-Nr. 03.99.12.2006 / PZN 15586448
 - Maßeinheit mg/dL:
HMV-Nr. 03.99.12.2007 / PZN 15586431
- 10 Omnipod® Pods (für max. 30 Tage)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel BVG	Impf- stoff	Spez- St Bedarf	Bege- pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geburts- jahr	5	6	X	8	9
Geburts- ort	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
noctu	geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
sonstige	Kostenträgerkennung		1. Verordnung		
Unfall	Versicherten-Nr.		2. Verordnung		
Arbeits- unfall	Status		3. Verordnung		
	Betriebsstätten-Nr.		Vertragsarztstempel		
	Arzt-Nr.		Datum		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					
aus- füllen	1 Omnipod®		2 Starter Set mg/dL		3 HMV-Nr. 03.99.12.2
aus- füllen	> Diagnose: gesichert. Diabetes mellitus Typ-1 <				
aus- füllen	4 z.B. Ungenügende Einstellung unter ICT, Erstversorgung				
aus- füllen	*****				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

Omnipod®-System PODS

1 Packung mit 10 Omnipod® Pods (für max. 30 Tage)
HMV-Nr. 03.99.99.1022 / PZN 13748970

3 Packungen mit jeweils 10 Omnipod® Pods (Quartalsbedarf)
HMV-Nr. 03.99.99.1022 / PZN 13748970

12 Packungen mit jeweils 10 Omnipod® Pods (Jahresbedarf, aufgeteilt in 4 Lieferungen)
HMV-Nr. 03.99.99.1022 / PZN 13748970

Nachbestellung sollte 4 Wochen vor Ablauf des aktuellen Rezepts erfolgen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- mittel BVG	Impf- stoff	Spez- St Bedarf	Bege- pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Geburts- jahr	5	6	X	8	9
Geburts- ort	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung	Gesamt-Brutto	
noctu	geb. am		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe
sonstige	Kostenträgerkennung		1. Verordnung		
Unfall	Versicherten-Nr.		2. Verordnung		
Arbeits- unfall	Status		3. Verordnung		
	Betriebsstätten-Nr.		Vertragsarztstempel		
	Arzt-Nr.		Datum		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)					
aus- füllen	1 Omnipod®		2 12 x 10 Pods (Jahresbedarf, aufgeteilt in 4 Lieferungen)		3 HMV-Nr. 03.99.99.1022
aus- füllen	> Diagnose: gesichert. Diabetes mellitus Typ-1 <				
aus- füllen	z.B. Ungenügende Einstellung unter ICT				
aus- füllen	*****				
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer				

6. Bei einer Erstversorgung überreichen Sie Ihrem Patienten bitte das ausgefüllte Rezept sowie das Insulet Auftragsformular, bei einer Folgeversorgung benötigen wir nur das Rezept.
7. Der Patient sendet es dann an uns: Insulet Germany GmbH, Postfach 21 05 23, 80675 München.
8. Insulet erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag und reicht diesen bei der Krankenkasse Ihres Patienten ein. Die Krankenkasse hat 5 Wochen Zeit, den Antrag zu bearbeiten.

Insulet Germany GmbH Postfach 21 05 23, 80675 München
Kundendienst: 0800/1 82 16 29* | Faxnummer: 089/90 40 58 91 | Email: rezeptservice-DE@insulet.com | www.mymnipod.com/de-de/home

Insulet Germany GmbH, Landsberger Str. 302, 80687 München, Amtsgericht München HRB 238299
Geschäftsführer: Bret Christensen, John Kapples, Wayde McMillan

*Anrufe können zur Überwachung der Qualität mitgehört und aufgezeichnet werden, sofern Sie zu Beginn des Gesprächs zugestimmt haben. Anrufe an 0800-Nummern sind aus dem Festnetz kostenlos. Bei Anrufen aus anderen Netzen können Kosten entstehen.

©2020 Insulet Corporation. Omnipod und das Omnipod-Logo sind Marken oder eingetragene Marken der Insulet Corporation in den Vereinigten Staaten von Amerika und verschiedenen anderen Rechtsgebieten. Alle Rechte vorbehalten. Insulet Germany GmbH, Landsberger Str. 302, 80687 München. INS-OS-04-2020-00010 V1.0