

Rezeptvorlage

Bei Erstversorgung mit dem Omnipod 5 System liefert Insulet automatisch das erforderliche Starterset.

- 1 Angabe von „Omnipod 5 (Mit Maßeinheit), kompatibel mit Dexcom G7, Jahresversorgung“
- 2 Angabe der Hilfsmittelnummer (Optionale Angabe der 7- oder 10-stelligen Positionsnummer)

Hilfsmittelpositionsnummer:

30.29.06.2005

**Omnipod 5
Automatisiertes
Insulin-
Dosierungssystem
(mg/dl) mit
Dexcom G7 CGM**

30.29.06.2006

**Omnipod 5
Automatisiertes
Insulin-
Dosierungssystem
(mmol/L) mit
Dexcom G7 CGM**

- 3 Angabe der Diagnose und der Indikation (z. B. Diabetes mellitus Typ 1: ungenügende Einstellung unter ICT)
- 4 Das Feld Nummer 7 für „Hilfsmittel“ ankreuzen.



Beispielrezept

Verordnung

- Maßeinheit mg/dL:
HMV-Nr. 30.29.06.2005
- Maßeinheit mmol/L:
HMV-Nr. 30.29.06.2006

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel- Stoff- Beleg- Pflanzl.		Apotheken-Nummer / IK	
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
geb. am		1. Verordnung		2. Verordnung	
Kostenträgerkennung		3. Verordnung		Vertragsarztsiegel	
Versicherten-Nr.		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor	
Status		1. Verordnung		2. Verordnung	
Betriebsstätten-Nr.		3. Verordnung		3. Verordnung	
Arzt-Nr.		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Abgabedatum in der Apotheke	
Datum		1 Omnipod 5 (Maßeinheit angeben), kompatibel mit Dexcom G7, Jahresversorgung		Unterschrift des Arztes	
Betriebsstätten-Nr.		2 HMV-Nr. 30.29.06.2		Muster 16 (10.2014)	
Arzt-Nr.		3 Diagnose: Diabetes mellitus Typ-1, (z. B. ungenügende Einstellung unter ICT)			
Datum		Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			
Betriebsstätten-Nr.		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer	
Arzt-Nr.					
Datum					

WICHTIGE HINWEISE

- Eine Folgeverordnung sollte mindestens 4 Wochen vor dem Ablaufdatum der aktuellen Verordnung erstellt werden.
- Bei einer Erstversorgung wird zusätzlich zur Verordnung das Auftragsformular benötigt.
- Ihre Patientin/Ihr Patient sendet die oben genannten Dokumente per Freiumschlag an: Insulet Germany GmbH, Postfach 21 05 23, 80675 München.
- Insulet erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag und reicht diesen bei der Krankenkasse ein.
- Die Krankenkasse hat in der Regel 28 Tage Zeit, den Kostenvoranschlag zu bearbeiten. Bei der optionalen Einschaltung des medizinischen Dienstes kann sich diese Bearbeitungszeit noch einmal verlängern.

Rezeptvorlage - Sensorwechsel

Ihr/e Patient*in hat bereits Omnipod® 5 und möchte von dem Sensor Dexcom G6 auf Dexcom G7 wechseln. In diesem Fall wird ein neues Rezept für Omnipod 5-Pods, kompatibel mit Dexcom G7, benötigt!

- 1 Angabe von „Omnipod 5 Pods, kompatibel mit Dexcom G7, und Zeitraum der Versorgung, z. B. Jahresversorgung“
- 2 Angabe der Hilfsmittelnummer + Hinweis auf den Sensorwechsel (Angabe der 7-stelligen Positionsnummer)
- 3 Angabe der Diagnose Diabetes mellitus Typ-1 und der Indikation (z. B. unzureichende Stoffwechseleinstellung unter ICT).
- 4 Das Feld Nummer 7 für „Hilfsmittel“ ankreuzen.



Gebühr frei		Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG		Hilfs- mittel		Impf- stoff		Spz- St. Bedarf		Begr- Pflicht		Apotheken-Nummer / IK	
Geb.- pfl.		Name, Vorname des Versicherten		6		X		8		9					
noctu		geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Brutto									
Sonstige		Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe			
Unfall		Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		1. Verordnung							
Arbeits- unfall								2. Verordnung							
								3. Verordnung							
		Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)												Vertragsarztstempel	
aut idem		1 Omnipod® 5 Pods kompatibel mit Dexcom G7 Sensor, Jahresversorgung													
aut idem		2 HMV-Nr. 30.29.06.2 (Wechsel von Dexcom G6 auf Dexcom G7)													
aut idem		3 Diagnose: Diabetes mellitus Typ-1, (z. B. ungenügende Einstellung unter ICT)													
b b b b		Abgabedatum in der Apotheke												Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer											

WICHTIGE HINWEISE

- Eine Folgeverordnung sollte mindestens 4 Wochen vor dem Ablaufdatum der aktuellen Verordnung erstellt werden.
- Ihr/e Patient*in erhält alle drei Monate eine Lieferung mit Omnipod® 5 Pods. Um eine Doppelversorgung zu vermeiden, sind Omnipod 5-Pods, kompatibel mit Dexcom G6, aufzubrauchen, bevor ein Wechsel auf Omnipod 5-Pods, kompatibel mit Dexcom G7, stattfindet.
- Ihre Patientin/Ihr Patient sendet die Verordnung an: Insulet Germany GmbH, Postfach 21 05 23, 80675 München.
- Insulet erstellt einen individuellen Kostenvoranschlag und reicht diesen bei der Krankenkasse ein.
- Die Krankenkasse hat in der Regel 28 Tage Zeit, den Kostenvoranschlag zu bearbeiten. Bei der optionalen Einschaltung des medizinischen Dienstes kann sich diese Bearbeitungszeit noch einmal verlängern.