

Rezeptvorlage

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen von Erstverordnungen für das neue Omnipod® 5 Automatisierte Insulin-Dosierungssystem die folgenden Hinweise:

- 1 Angabe des spezifischen Produktnamens „Omnipod® 5, kompatibel mit Dexcom G6“.
- 2 Angabe, um welches Starterset es sich bei der Versorgung mit Omnipod® 5 Pods handelt (inkl. 10 Omnipod® 5 Pods) und für welchen Zeitraum versorgt werden soll (z.B. für einen Quartals- oder für einen Jahresbedarf). Optionale Angabe der 7- oder 10-stelligen Positionsnummer (HMV-Nr.) oder PZN auf dem Rezept (siehe unten).

WICHTIG: Die gewünschte Maßeinheit (mg/dL oder mmol/L) ist bei der Verordnung für das Omnipod® 5 Starterset immer anzugeben

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

Damit Sie nicht auf dem Schlauch stehen: Unser Omnipod® 5 Musterrezept!



Omnipod® 5

Beinhaltet:

1 Omnipod® Starter Set (mit Steuergerät, Ladekabel und Adapter, Hülle und Benutzerhandbuch)

- Maßeinheit mg/dL:
HMV-Nr. 30.29.06.2001 / PZN 18835857/18835886
- Maßeinheit mmol/L:
HMV-Nr. 30.29.06.2002 / PZN 18835863/18835886

Eine Folgeverordnung sollte mindestens 4 Wochen vor dem Ablaufdatum der aktuellen Verordnung erstellt werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfe- BVG- mitr. 6		Impf- stoff 8	Spez. St. 9	Begr.- Preis Apotheken Nummer / IK
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Zuzahlung		Gesamt-Brutto
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		1. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		1 Omnipod® 5, kompatibel mit Dexcom G6		2. Verordnung		3. Verordnung
2 Starter Set mg/dL + Jahresbedarf Pods, HMV-Nr. 30.29.06.2		3 Diagnose: gesichert. Diabetes mellitus Typ-1 < Ungenügende Einstellung unter ICT		Vertragsarztstempel		
b b b r		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes		Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		

WICHTIGE HINWEISE

- Wenn Sie parallel das DEXCOM G6 System verordnen, schreiben Sie auf die Sensorverordnung unbedingt: Als AID mit Omnipod® 5
- Bei einer Erstversorgung überreichen Sie Ihrem Patienten bitte die ausgefüllte Verordnung sowie das Insulet Auftragsformular. Bei einer Folgeversorgung benötigen wir nur die Folgeverordnung.
- Der Patient sendet uns 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 Ihres Patienten 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.
- Wenn eine Umversorgung auf einen Dexcom G6 Sensor stattfindet, muß das Rezept für den Sensor an den Versorger für den Sensor (z.B. Dexcom Deutschland GmbH, Haifa-Allee 2, 55128 Mainz) geschickt werden. Bitte vermerken Sie bei einer Umversorgung des Sensors auf einen Dexcom G6 Sensor, dass der Wechsel in Verbindung mit Omnipod 5 stattfindet.

*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.

©2023 Insulet Corporation. Omnipod, das Omnipod-Logo, Leichter leben und Podder sind 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, Amtsgericht München HRB 238299, Geschäftsführer: Bret Christensen, John Kapples, Wayde McMillan. INS-OHS-07-2023-00039 V2.0