

Fachärztliche Verordnung kontinuierliches Glukosemonitoring (CGM) bei Diabetes mellitus

MiGel Position 21.05 (21.05.01.00.1 / 21.05.02.01.3)

Angaben zum Patienten

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
Geburtsdatum _____ Versicherten-Nr. _____

Limitation für das kontinuierliche Glukosemonitoring

- HbA1C-Wert gleich oder höher als 8% oder
 schwere Hypoglykämien Grad II oder III oder
 schwere Formen von Brittle Diabetes oder

Befund am _____

Ich verschreibe meinem Patienten das kontinuierliche Glukosemonitoring für die ersten 6 Monate.

Stempel des Arztes

Datum _____

Unterschrift _____