

# BESTELLUNG INSULINPUMPENSYSTEM

**Informationen für:**

Roche Diabetes Care (Schweiz) AG  
 Industriestrasse 7, 6343 Rotkreuz  
 Tel: 0800 11 00 11, Fax: 041 747 61 00, E-Mail: info@accu-chek.ch

**Persönliche Angaben zum Patienten**

Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____
Tel. (P): _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	Geburtsdatum: _____

**Technische Schulung**

<input type="checkbox"/> Neue Schulung	Schulung erfolgt durch:
<input type="checkbox"/> Umschulung	<input type="checkbox"/> Roche Diabetes Care (Schweiz) AG
Datum: _____	<input type="checkbox"/> Andere Institution: _____

**Insulinpumpensystem**

Accu-Chek Combo System Kit

Accu-Chek Insight Pump Kit

mit Diabeloop DBLG1-Gerät

Accu-Chek Solo System Kit

Kanülenlänge:  6 mm  9 mm

**Infusionsset**

Kanülenlänge: \_\_\_\_\_ mm

Schlauchlänge: \_\_\_\_\_ cm

Accu-Chek Rapid-D Link / Accu-Chek Insight Rapid

Accu-Chek TenderLink / Accu-Chek Insight Tender

Accu-Chek FlexLink / Accu-Chek Insight Flex

Accu-Chek LinkAssist / Accu-Chek LinkAssist Plus

**Angabe behandelnder Diabetologe (nicht Hausarzt)**

Praxis/Spital Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_