

Formular zur Genehmigung der Kostenübernahme einer Insulinpumpentherapie nach den Richtlinien des MDK

Arzt/Klinik*

Straße, Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon*

Stempel

Diabetologisch-fachärztlich erweiterte Begründung für die Kostenübernahme einer Insulinpumpentherapie durch einen Diabetologen DDG

Erstverordnung

Folgepumpe*

für

Name, Vorname *

Geburtsdatum*

Straße, Nr.*

PLZ, Ort*

Telefon*

*für Folgepumpenverordnung notwendige Angaben

Anamnese

Körpergröße:* _____ cm

Gewicht:* _____ kg

BMI:* _____

Bei BMI > 40 bitte Angaben zum Verlauf:

Diabetes-Typ:* Typ 1 Typ 2 Sonstiger: _____

bekannt seit _____

Betreuung durch Diabetologe/in DDG seit:* _____

ICT seit: _____ CSII seit:* _____

letzte Schulung:* _____

Einschätzung der Kompetenz und Compliance des/r Patienten/in:* _____

Diabetesbedingte Folge- und Begleiterkrankungen (ggf. mit Facharztberichten;
nähere Informationen zu Stadium, funktionellen Auswirkungen, etc.):*

*für Folgepumpenverordnung notwendige Angaben

Individuell vereinbarte Therapieziele (Kopie Gesundheitspass Diabetes):*

Letzte 4 HbA1c-Werte unter ICT:*

_____ am _____, _____ am _____

_____ am _____, _____ am _____

Referenzbereich HbA1c:*

Hypoglykämien mit Fremdhilfebedarf in den letzten 12 Monaten (ggf. Kopie aus ärztlicher Patientendokumentation):*

WICHTIG:

BZ-Werte ohne Zusatzinformationen sind nicht ausreichend!

Vorlage des Blutzuckertagebuches der/s Versicherten der letzten 3 Monate (inklusive aller Blutzuckerwerte mit Datum und Uhrzeit, Insulinverabreichungen mit Art, Dosis und Zeitpunkt, Basal-/Bolusindosen, der konsumierten BE-Angaben mit Zeitpunkt, und der Maßnahmen, die bei besonderen Ereignissen (z.B. Sport, Krankheit usw.) ergriffen wurden.*

*für Folgepumpenverordnung notwendige Angaben

Konkrete Einstellungsprobleme unter ICT:

Therapeutische Maßnahmen, die zur Erreichung des Therapieziels durchgeführt wurden (z.B.: Welche Basal-/ Verzögerungsinsuline wurden unter ICT wann eingesetzt? Wie oft am Tag und zu welcher Uhrzeit wurden diese in welchen Dosen gespritzt?):

Aktuelle Behandlungsalgorithmen (Insuline, BE-Faktor, Korrekturregel, BE-Verteilung, Ziel-Blutzucker, Maßnahmen bei Sport, Krankheit, etc.):

Ort, Datum*

Name des Arztes*

Unterschrift und Stempel:*

*für Folgepumpenverordnung notwendige Angaben