



Ihre Versorgung mit dem Dexcom rtCGM: Kontaktdaten

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich für ein Dexcom rtCGM-System entschieden haben. Wir setzen alles daran, dass Sie so schnell wie möglich Ihr Dexcom rtCGM-System erhalten können. Für Ihre Versorgung mit dem Dexcom rtCGM-System und zu Abrechnungszwecken benötigen wir weitere Kontaktdaten von Ihnen. Wir nutzen diese beispielsweise, wenn wir Fragen zum Rezept haben, Rücksprachen zur technischen Einweisung erforderlich sind oder Liefertermine abgestimmt werden müssen. Bitte geben Sie daher Ihre Telefonnummer(n) und E-Mail-Adresse an und senden Sie uns diese zeitnah per Post zurück.

► PFLICHTFELD Kontaktdaten* Patient / gesetzlicher Vertreter für die Versorgung mit Dexcom rtCGM

(bitte in Druckbuchstaben in Blau oder Schwarz ausfüllen)

Nachname: Vorname:

Geschlecht: Männlich Weiblich Divers Keine Angabe

Straße / Nr.:

PLZ: Stadt / Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer: Mobil:

E-Mail-Adresse:

* Bitte unterstützen Sie uns: Wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern, teilen Sie uns dies bitte per E-Mail unter de.info@dexcom.com oder per Post an Dexcom Deutschland GmbH, Haifa-Allee 2, 55128 Mainz mit.

► OPTIONAL Einwilligung zu weiteren Service- und Produktinformationen

Wir würden uns über Ihre ausdrückliche Einwilligung freuen, um Sie über Service- und Produktinformationen sowie wichtige Aktualisierungen informieren zu können oder auch Ihre Meinung zu erfragen, damit wir Ihre Erfahrung mit Dexcom verbessern können. Die Erteilung der Einwilligung(en) ist freiwillig. Ob Sie einwilligen oder nicht, hat keinerlei Auswirkungen auf die Bereitstellung des rtCGM-Systems oder die Abrechnung mit Ihnen oder mit Ihrer Krankenkasse. Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen.

Ich wünsche die entsprechenden Informationen über folgende Kanäle:

Wir bieten drei Möglichkeiten an, um diese Informationen zu erhalten. Bitte wählen Sie mindestens eine Option aus.

E-Mail Post Telefon

Möchten Sie diese Inhalte von Dexcom erhalten?

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Ja, ich willige ein. Nein, ich willige nicht ein.

► PFLICHTFELD Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Hiermit stimme ich zu, dass Dexcom Deutschland GmbH meine Bestell- und Kontodaten zur Bereitstellung des verschriebenen Dexcom rtCGM-Systems und für die Kostenübernahme dieser Versorgung durch meine Krankenkasse gemäß der Datenschutzrichtlinie von Dexcom (<https://www.dexcom.com/de-DE/PrivacyPolicy>) verarbeiten und speichern kann.

Ich stimme ebenfalls zu, dass Dexcom Deutschland GmbH diese Daten zur Bearbeitung der Kostenerstattung an meine Krankenversicherung weiterleiten kann, sowie an meine verschreibende Praxis (falls nötig für die Gesundheitsversorgung), und dass Dexcom Deutschland GmbH meine Kontaktdaten (Name, Adresse und, falls angegeben, Telefonnummer / E-Mail zur Mitteilung des Lieferdatums) dem Versanddienstleister, der mit der Lieferung des Dexcom Systems beauftragt wurde, zum Versand der bestellten Produkte bereitstellt.

Mir ist bewusst, dass die Einwilligungserklärung freiwillig erfolgt und ich die Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Bitte besuchen Sie unsere Webseite unter www.dexcom.com/de-DE, „Datenschutzrichtlinie“ oder schicken Sie uns eine E-Mail an privacy@dexcom.com.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten (gesetzlichen Vertreters/Betreuers)