

## Insulinpumpen-/CGM Kontaktformular

Name, Vorname	Kundennummer
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail Adresse
<b>Wichtig für die Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung der technischen Einweisung</b>	
Blutzucker-Maßeinheit mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/>	
<b>Seriennummer, Modell und Hersteller</b> Ihrer jetzigen Insulinpumpe / CGM System:	
<b>Ende der Garantiezeit</b> Ihrer jetzigen Insulinpumpe / CGM System:	

### Zusätzliche Information:

Es ist möglich, dass Ihre Krankenkasse zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Insulinpumpe/CGM-Systems von Ihnen die Blutzuckertagebücher der letzten 3 Monate und von Ihrer Arztpraxis ein ärztliches Gutachten einfordert.

Bitte kommen Sie zeitnah dieser Aufforderung nach, um Verzögerungen im Beantragungsprozess zu vermeiden.

Datum, Unterschrift
---------------------

### Einwilligung in schriftlichen sowie telefonischen oder E-Mail Kontakt

Ja, ich möchte den kostenlosen Mediq Direkt Info-Service nutzen und regelmäßig über neue Entwicklungen, interessante Produkte für den Diabetes-Alltag sowie Dienstleistungen von Mediq informiert werden. Zu diesem Zweck bin ich mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die Mediq Direkt Diabetes GmbH einverstanden. Desweiteren bin ich einverstanden, dass mich Mediq Direkt dazu ggf.

auch telefonisch, meine Rufnummer lautet:

 14T

oder per E-Mail, meine E-Mail Adresse lautet:

 14E

kontaktiert. Diese Anforderung kann ich jederzeit ohne Nachteile widerrufen. Es genügt eine kurze Mitteilung an die Adresse: Mediq Direkt Diabetes GmbH, Kundenservice, Havelstraße 27, 24539 Neumünster oder telefonisch unter 0800 - 342 73 25.

Datum, Unterschrift	14
---------------------	----