

Patient:innendaten



## Ärztliche Bestätigung bei Erstverordnung CGM

**Diagnose** (Bitte korrekte ICD Kodierung beachten):

Diabetes-Typ:  Typ 1  Typ 2  sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Erkrankung besteht seit: \_\_\_\_\_

### Verordnung und Indikation:

Ich verordne dem oben genannten Versicherten das CGM-System. Die Verordnung erfolgt gemäß dem G-BA-Beschluss vom 16.06.2016 und ist im Rahmen folgender Therapieformen indiziert: CSII oder ICT.

Ich bestätige, dass der Versicherte derzeit eine intensivierete Insulintherapie durchführt, entweder

als **ICT (Intensivierte konventionelle Insulintherapie)**

als **CSII (Insulinpumpentherapie).**

\_\_\_\_\_  
**Langzeitinsulin** (namentlich angeben)

\_\_\_\_\_  
**Kurzzeitinsulin** (namentlich angeben)

### Therapiemanagement und Schulung\*:

Der Versicherte ist in der intensivierten Insulintherapie geschult, wendet diese adäquat an und erfüllt folgende Anforderungen:

- Der Patient legt entsprechend seines Lebensstils den Zeitpunkt und die Zusammensetzung der Mahlzeiten selbst frei fest.
- Er steuert die Dosierung des Mahlzeiteninsulins anhand der Menge der aufzunehmenden Kohlenhydrate und der Höhe des präprandialen Blutzuckerspiegels.
- Die Dokumentation erfolgt regelmäßig, z. B. in einem Glukosetagebuch oder digital.
- Es erfolgen regelmäßige postprandiale Glukosemessungen zur Therapiekontrolle.

Der Versicherte wird zeitnah im Zuge der Verordnung und vor der 1. Anwendung des CGM-Systems hinsichtlich der sicheren Anwendung des Systems geschult, so dass er Messwerte interpretieren und daraus für sich die richtigen Handlungen ableiten kann.

### Therapieziele:

Trotz Beachtung der jeweiligen Lebenssituation konnten die gemeinsam definierten Therapieziele zur Stoffwechseleinstellung bislang nicht erreicht werden.

Es wurde gemeinsam ein individuelles Therapieziel unter Einsatz eines CGM-Systems vereinbart, das ich im weiteren Behandlungsverlauf regelmäßig überprüfe.

**Bestätigung durch die Praxis, dass die vorbezeichneten Voraussetzungen erfüllt sind:**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Stempel/Unterschrift des Arztes**

*\*Bei Kindern und bei Pflegebedürftigen kann das Diabetesmanagement durch den Vormund/Pflegeperson übernommen werden.*