

BESTÄTIGUNG EMPFANG UND TECHNISCHE EINWEISUNG



JETZT DURCHSTARTEN MIT DEM LOOP-MODUS

Wichtig!

Bitte schicken Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse an Roche Diabetes Care zurück!

Eigentumsrecht:

Wir weisen darauf hin, dass die Insulinpumpe und das DBLG1 bis zur vollständigen Bezahlung im Eigentum der Roche Diabetes Care Deutschland GmbH verbleiben. Gleichzeitig weisen wir Sie darauf hin, dass die Kosten für diese Versorgung durch andere Leistungserbringer nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen werden. Nach vollständiger Bezahlung gehen die Insulinpumpe und das DBLG1 in das Eigentum der Krankenkasse über. Wenn die Voraussetzungen für die Versorgung entfallen, sind die Insulinpumpe und das DBLG1 an die Krankenkasse zurückzugeben.

Kommt eine Pumpenversorgung nicht zustande und werden die Insulinpumpe und das DBLG1 nicht von der Krankenkasse (oder privat) erworben, verbleibt das vollständige Eigentum an Insulinpumpe und DBLG1 bei Roche Diabetes Care Deutschland GmbH. Sie sind verpflichtet, in diesem Falle die Insulinpumpe und das DBLG1 unverzüglich zurückzugeben.

Sollten wir nach 14 Tagen und nach erfolgter Nachfristsetzung keinen Eingang der Insulinpumpe und des DBLG1 verzeichnen oder die Insulinpumpe und das DBLG1 werden während des o.g. Zeitraums aufgrund nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch beschädigt oder gehen verloren, sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen den Roche Diabetes Care Deutschland GmbH hierdurch entstandenen Schaden in Höhe von 160€/Monat bis max. zum Neuanschaffungswert der Insulinpumpe und des DBLG1 von insgesamt 4.015€ privat in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o.g. Insulinpumpe und das DBLG1 in einwandfreiem Zustand erhalten habe, mit der Handhabung vertraut gemacht wurde und den Eigentumsvorbehalt zur Kenntnis genommen habe.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Sollte der **Beginn der Insulinpumpentherapie** mit dem hier aufgeführten System vom Datum des Erhalts und der Einweisung abweichen, so tragen Sie bitte hier den tatsächlichen Beginn Ihrer Therapie ein (Datum): _____

Bestätigung technische Einweisung (Patient):

Ich wurde heute durch u.g. Trainer/in in die technische Handhabung der Accu-Chek Insight Insulinpumpe und des DBLG1 (Handset mit Algorithmus) eingewiesen.

Gleichzeitig verpflichte ich mich ausdrücklich, meinen behandelnden Arzt zwecks Therapieplanung/-einstellung umgehend zu kontaktieren und Accu-Chek Insight mit DBLG1 erst nach der ärztlichen Konsultation einzusetzen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bestätigung technische Einweisung (Trainer):

Ich habe heute o.g. Patient/in in die technische Handhabung der Accu-Chek Insight Insulinpumpe und des DBLG1 mit Algorithmus eingewiesen.

Ort, Datum

Unterschrift des Trainers

Stempel Praxis/DFH

Einwilligung in Werbung und Marktforschung:

Wir möchten Sie künftig gerne über wissenswerte Neuigkeiten, Services und insbesondere über Produktentwicklungen auf dem Postwege, per E-Mail bzw. telefonisch informieren oder auch Ihre Erfahrungen und Meinung erfragen. Hierzu bitten wir um Ihre ausdrückliche Einwilligung. Die Abgabe der folgenden Einwilligung ist freiwillig. Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Rufen Sie einfach unseren Accu-Chek Kundenservice an. Wir stehen von Mo.-Fr. von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr unter der **kostenfreien Telefonnummer 0800 4466800** zur Verfügung. Roche Diabetes Care Deutschland GmbH sichert Ihnen zu, dass Ihre Daten nur für interne Zwecke gespeichert und streng vertraulich nach den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt werden. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.accu-chek.de/datenschutz.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Roche Diabetes Care die von mir bereitgestellten Daten für Werbung und Marktforschung verarbeitet und willige ein, dass mich Roche Diabetes Care über folgende Kanäle kontaktieren darf:

Postweg: Adressdaten siehe oben

Telefon: Kontaktdaten siehe oben

E-Mail: _____

X

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

