



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

Ärztliche Bestätigung zur Versorgung mit dem Messsystem FreeStyle Libre zum Flash-Glukosemonitoring für Versicherte der AOK PLUS

Versichertendaten:

Name, Vorname:

KV-Nummer:

Sie verordnen unserem Versicherten die Versorgung mit dem Flash-Glukose-Messsystem FreeStyle Libre.

Um über diesen Antrag entscheiden zu können bitten wir Sie, die unten genannten Punkte für unseren Versicherten individuell zu prüfen und bei Erfüllung zu bestätigen. Berücksichtigen Sie hierbei bitte auch Erfahrungen anderer Anwender mit dem Gerät.

Hiermit bestätige ich, dass¹

- der Versicherte eine Intensivierte Insulintherapie (ICT/CSII) erhält.
- er die für den Umgang mit dem Messsystem FreeStyle Libre erforderliche Compliance besitzt und insbesondere in der Lage ist, die Messwerte zu interpretieren und daraus für sich die richtigen Handlungen abzuleiten.
- für den Versicherten das Messsystem FreeStyle Libre aus ärztlicher Sicht besser geeignet und zweckmäßiger ist, als die bisher angewandten und zugelassenen Messmethoden.
- der Versicherte über die Anwendung, den Nutzen und die möglichen Risiken von mir aufgeklärt wurde.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

¹ Bitte zutreffende Punkte ankreuzen.