

Richiesta per l'assunzione dei costi da parte della cassa malati

Domanda alla cassa malati per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio (CGM) con sensore impiantabile a lungo termine (Eversense E3) per persone con diabete mellito da parte dello specialista in endocrinologia/diabetologia.

Prescrivo al/alla mio/a paziente il sistema di monitoraggio continuo (CGM) del glucosio Eversense E3.

Dati personali del/della paziente:

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Codice postale/Luogo _____
Tel. (fisso privato) _____ Tel. (fisso lavoro) _____
Tel. (mobile privato) _____ Nome Assicurazione _____
Data di nascita _____ Numero Assicurazione _____

Limitazione per il sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

- Grave ipoglicemia di grado II o III e/o
- Forme gravi di diabete instabile (Brittle diabetes) con consultazione d'urgenza già avvenuta e/o ricovero in ospedale oppure
- Valore HbA1c uguale o superiore all'8 %
- Altro: _____

Diagnosticato il: _____

Il/la paziente possiede già un'approvazione per l'assunzione dei costi del sistema di monitoraggio continuo del glucosio:

Sì No

Le seguenti voci di fatturazione sono utilizzate per il materiale (senza prestazioni mediche):

EMAp - Numero di posizione per i trasmettitori: 21.05.01.00.2
TarMed - Numero di posizione per i sensori: GI-20

Timbro del medico:

Luogo/Data

Firma (Medico)