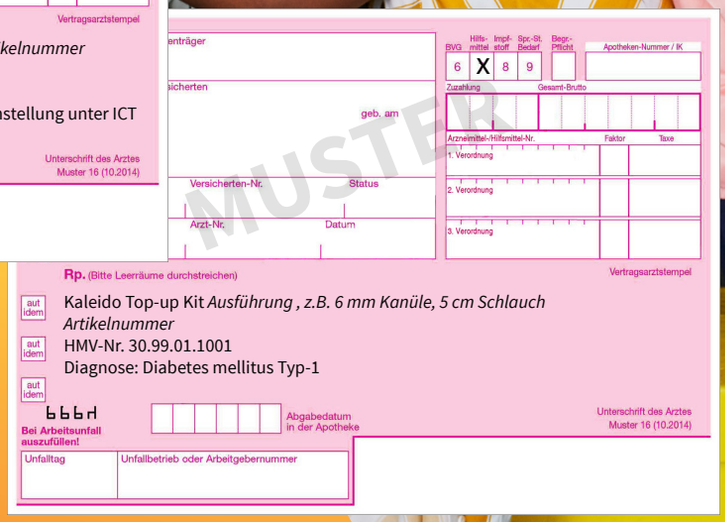
Ausfüllhilfe für Kaleido Insulinpumpe und Top-up Kit

WICHTIG: Bitte auf die gewünschte Maßeinheit (mg/dL oder mmol/L) für das Kaleido Starter Kit achten.
Bitte beachte beim Ausfüllen von Verordnungen für Kaleido und Verbrauchsmaterial die folgenden Hinweise:

- Angabe der spezifischen Produktbezeichnung in der benötigten Einheit/Ausführung, die gewünschte Farbkombination für das Kaleido Starter Kit und die entsprechende Artikelnummer
  - Kaleido Starter Kit DE mg/dL, Farbkombination gemäß Artikelübersicht (Rückseite)
  - Kaleido Starter Kit DE mmol/L, Farbkombination gemäß Artikelübersicht (Rückseite)
  - Kaleido Top-up Kit, Ausführung gemäß Artikelübersicht (Rückseite)
- Bei Kaleido Starter Kit: Hinweis zur Erst- oder Folgeversorgung
- Optionale Angabe der 7- oder 10-stelligen Positionsnummer (HMV-Nr.)
  - Kaleido Starter Kit DE mg/dL - 30.29.04.1002
  - Kaleido Starter Kit DE mmol/L - 30.29.04.1001
  - Kaleido Top-up Kit - 30.99.01.1001
- Angabe der Diagnose (z.B. Diabetes mellitus Typ-1) und der Indikation (z.B. unzureichende Stoffwechseleinstellung unter ICT)
- Das Feld Nummer 7 für „Hilfsmittel“ ankreuzen

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum
BVG 6 | Hilfsmittel X | Impfstoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9
Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel
MUSTER
Kaleido Starter Kit DE mg/dL **ODER** mmol/L, *Farbkombination*, *Artikelnummer*
Erstversorgung **ODER** Folgeversorgung,
HMV-Nr. 30.29.04.1002 **ODER** 30.29.04.1001
Diagnose: Diabetes mellitus Typ-1, unzureichende Stoffwechseleinstellung unter ICT
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Abgabedatum in der Apotheke
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer


geb. am
Versicherten-Nr.
Status
Arzt-Nr.
Datum
BVG 6 | Hilfsmittel X | Impfstoff 8 | Spr.-St. Bedarf 9
Apotheken-Nummer / IK
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe
1. Verordnung
2. Verordnung
3. Verordnung
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vertragsarztstempel
MUSTER
Kaleido Top-up Kit *Ausführung , z.B. 6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch*
Artikelnummer
HMV-Nr. 30.99.01.1001
Diagnose: Diabetes mellitus Typ-1
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Abgabedatum in der Apotheke
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Kaleido.

920226-01

Artikelübersicht Kaleido Starter Kit

Artikelnr.	Bezeichnung	Farbkombination
K6010BAF	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Fearless
K6008BAF	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010AAJ	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Candy Cane
K6008AAJ	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010GCG	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Fancy Flamingo
K6008GCG	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010FFJ	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Lavender Grove
K6008FFJ	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010EEH	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Gatsby
K6008EEH	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010DED	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Ocean
K6008DED	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010CBA	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Pumpkin Spice
K6008CBA	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010HHI	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Cheetah
K6008HHI	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010JCD	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Hummingbird
K6008JCD	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	
K6010IIJ	Kaleido Starter Kit DE mg/dL	Black Magic
K6008IIJ	Kaleido Starter Kit DE mmol/L	

Artikelnr.	Bezeichnung	Ausführung
K6630	Kaleido Top-up Kit	6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch
K6930	Kaleido Top-up Kit	9 mm Kanüle, 5 cm Schlauch
K6631	Kaleido Top-up Kit	6 mm Kanüle, 30 cm Schlauch
K6931	Kaleido Top-up Kit	9 mm Kanüle, 30 cm Schlauch

Manufacturer: ViCentra B.V.
Address: Rijnzathe 6, 3454 PV Utrecht, The Netherlands
Telephone: +31 (0) 88 3232 871 Email: hello@hellokaleido.com
920226-01

Kaleido.

Kaleido®, Kaleido Care® and ViCentra® are registered trademarks of ViCentra B.V.