

## Ausfüllhinweise zur Verordnung Kaleido Insulinpumpe mit DBLG1 und Top-up Kit

Die folgenden Informationen sind als Unterstützung zur Verordnung des Kaleido Insulinpumpensystems in verschiedenen Ausführungen vorgesehen.

Für die Verordnung des Dexcom G6 Systems, sofern noch nicht vorhanden, ist eine separate Verordnung notwendig.

Die Firma Dexcom bietet Musterrezepte an.

Die Verordnung wird über den Diabetes-Fachhändler bei der Krankenkasse eingereicht.

### Kaleido Insulinpumpe mit DBLG1

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Hilfs- BVG- Insp- Spr- Barg- Apotheke-Nummer / IK  
 mittel- stoff- Besatz- Pflicht-  
 6 X 8 9

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Kaleido Starter Kit DE mg/dl oder mmol/L mit DBLG1, in Farbkombination  
 [Artikelnummer Starter Kit und Artikelnummer DBLG1 Handset]  
 Erst- oder Folgeverordnung  
 Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1 unzureichende Stoffwechsellage

Unterschrift des Arztes  
 Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

1. Angabe der spezifischen Produktbezeichnung in der benötigten Maßeinheit und der gewünschten Farbkombination
2. Die entsprechenden Artikelnummern für das Starter Kit und das DBLG1 Handset (**Tabelle 2**)
3. Hinweis zur Erst- oder Folgeversorgung
4. Angabe der Diagnose (z. B. Diabetes Mellitus Typ-1) und der Indikation (z. B. unzureichende Stoffwechsellage)
5. Das Feld Nummer 7 für "Hilfsmittel" ankreuzen

### Top-up Kit für Kaleido Insulinpumpe

**Krankenkasse bzw. Kostenträger**

Hilfs- BVG- Insp- Spr- Barg- Apotheke-Nummer / IK  
 mittel- stoff- Besatz- Pflicht-  
 6 X 8 9

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Zuzahlung Gesamt-Brutto

Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe

1. Verordnung

2. Verordnung

3. Verordnung

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Vertragsarztstempel

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Jahresverordnung Kaleido Top-up Kits (Infusionssets, Reservoir, Zubehör) in gewünschter Ausführung  
 [Artikelnummer Top-up Kit]  
 Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1

Unterschrift des Arztes  
 Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall auszufüllen!

Abgabedatum in der Apotheke

Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

1. Jahresverordnung Kaleido Top-up Kits in gewünschter Ausführung, z. B. 6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch
2. Artikelnummer (**Tabelle 1**)
3. Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1

### Kontaktiere uns

E-Mail: [Kaleidocare.de@hellokaleido.com](mailto:Kaleidocare.de@hellokaleido.com)

Telefon: +49 (0) 32221 096580

Website: [hellokaleido.com](http://hellokaleido.com)

**Tabelle 1: Artikelübersicht Kaleido Top-up Kit**

Abbildung	Ausführung	Art.-Nr Top-up Kit
	6 mm Kanüle, 5 cm Schlauch	K6630
	9 mm Kanüle, 5 cm Schlauch	K6930
	6 mm Kanüle, 30 cm Schlauch	K6631
	9 mm Kanüle, 30 cm Schlauch	K6931

**Tabelle 2: Artikelübersicht Kaleido Starter Kit mit DBLGI**

Farbkombination	Maßeinheit	Art.-Nr Starter Kit mit DBLGI	Art.-Nr. DBLGI Handset
 Fearless	mg/dL	K6110BAF	70002
	mmol/L	K6108BAF	70003
 Candy Cane	mg/dL	K6110AAJ	70002
	mmol/L	K6108AAJ	70003
 Fancy Flamingo	mg/dL	K6110GCG	70002
	mmol/L	K6108GCG	70003
 Lavender Grove	mg/dL	K6110FFJ	70002
	mmol/L	K6108FFJ	70003
 Gatsby	mg/dL	K6110EEH	70002
	mmol/L	K6108EEH	70003
 Ocean	mg/dL	K6110DED	70002
	mmol/L	K6108DED	70003
 Pumpkin Spice	mg/dL	K6110CBA	70002
	mmol/L	K6108CBA	70003
 Cheetah	mg/dL	K6110HHI	70002
	mmol/L	K6108HHI	70003
 Hummingbird	mg/dL	K6110JCD	70002
	mmol/L	K6108JCD	70003
 Black Magic	mg/dL	K6110IJ	70002
	mmol/L	K6108IJ	70003