

Ausfüllhinweise zur Verordnung Kaleido Insulin-Patch-Pumpe mit DBLG2 und Top-up Kit

Am besten lässt sich Kaleido in Verbindung mit DBLG2 auf dem eigenen Smartphone nutzen.

DBLG2-App:
Standardmäßige Bedienung über das eigene Smartphone.*

Scannen Sie den QR-Code, um weitere Informationen zur Android-Kompatibilität von DBLG2 zu erhalten.



*Optionaler Kaleido-Controller: Nur dann verschreiben, wenn der Nutzer ein separates physisches Handgerät zur Gerätesteuerung benötigt.

Kaleido Insulin-Patch-Pumpe mit DBLG2

Krankenkasse bzw. Kostenträger	BYG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K.
Name, Vorname des Versicherten	6	X	8	9		
geb. am						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
Kaleido Pump Starter Kit DE mg/dl oder mmol/L mit DBLG2, Farbkombination optional Kaleido Controller [Artikelnummer Starter Kit und optional Artikelnummer Kaleido Controller]						
Erst- oder Folgeverordnung Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1 unzureichende Stoffwechsellage						
b b b r [] [] [] [] Abgabedatum in der Apotheke						
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

1. Angabe der spezifischen Produktbezeichnung in der benötigten Maßeinheit und der gewünschten Farbkombination
2. Die entsprechenden Artikelnummern für das Kaleido Pump Starter Kit mit DBLG2 (**Tabelle 1**) und optional die entsprechenden Artikelnummern für den Kaleido Controller (**Tabelle 2**)
3. Hinweis zur Erst- oder Folgeversorgung
4. Angabe der Diagnose (z. B. Diabetes Mellitus Typ-1) und der Indikation (z. B. unzureichende Stoffwechselage)
5. Das Feld Nummer 7 für "Hilfsmittel" ankreuzen

Top-up Kit für Kaleido Insulin-Patch-Pumpe

Krankenkasse bzw. Kostenträger	BYG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / K.
Name, Vorname des Versicherten	6	X	8	9		
geb. am						
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						
Jahresverordnung Kaleido Top-up Kits (Infusionssets, Reservoir, Zubehör) [Artikelnummer Top-up Kit]						
Diagnose: Diabetes Mellitus Typ-1						
b b b r [] [] [] [] Abgabedatum in der Apotheke						
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!						
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					

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

Tabelle 1: Farbkombination der Kaleido Insulin-Patch-Pumpe

Farbkombination		Art.-Nr.	Farbkombination		Art.-Nr.
	Fearless	mg/dL: K6210AF		Ocean	mg/dL: K6210ED
		mmol/L: K6208AF			mmol/L: K6208ED
	Candy Cane	mg/dL: K6210AJ		Pumpkin Spice	mg/dL: K6210BA
		mmol/L: K6208AJ			mmol/L: K6208BA
	Fancy Flamingo	mg/dL: K6210CG		Cheetah	mg/dL: K6210HI
		mmol/L: K6208CG			mmol/L: K6208HI
	Lavender Grove	mg/dL: K6210FJ		Hummingbird	mg/dL: K6210CD
		mmol/L: K6208FJ			mmol/L: K6208CD
	Gatsby	mg/dL: K6210EH		Black Magic	mg/dL: K6210IJ
		mmol/L: K6208EH			mmol/L: K6208IJ

Tabelle 2: Artikelübersicht Kaleido Controller

Abbildung	Beschreibung	Art.-Nr.
	Kaleido Controller	70112

Tabelle 3: Artikelübersicht Kaleido Top-up Kit

Abbildung	Ausführung	Art.-Nr.
	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

Kontaktiere uns

E-Mail: Kaleidocare.de@hellokaleido.com
 Telefon: +49 (0) 32221 096580
 Website: hellokaleido.com