

ZUWEISUNG

Eversense-Sensor Implantation LKH Villach

Vorstand: Prim. Prof. Dr. Sabine Horn

Ambulanz Leitung: Dr. Birgit Mallinger-Taferner

Terminvereinbarung über Fax **04242/208-62715**

TEL: 04242/208-62408 (08:00 – 09:00 Uhr)

| | |
|--|--|
| Name, Adresse, Vers.-Nr. und Geb.-Datum Krankenkasse Telefonnummer Hausarzt | |
| Allergien | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Erst- oder Folgeimplantation | |
| Betreuendes KH Ansprechpartner bzw. Zuweiser: Telefonnummer: Krankenhaus bzw. Praxis: Bewilligungsantrag Datum: Firma Roche vorab informiert: Neuerliche Kontaktaufnahme mit ihrer Diabetes Ambulanz vor Implantation erwünscht? Telefonnummer der Ambulanz, Fax-Nr. bzw. E-Mail Adresse: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Mitgeben: Aufklärungsbogen vom Pat. ausgefüllt, aber noch nicht unterschrieben. Bewilligungsbestätigung Aktuelles Blutbild und Gerinnung. Keine Implantation des Sensors bei vorbestehenden bzw. bekannten Reaktionen auf Lokalanästhetika! | |
| <u>ABLAUF der Implantation:</u> Vor Implantation wird der Pat. von einer Mitarbeiterin der Firma aufgesucht. I R dieses Besuches erhält der Pat. die technische Schulung und einen Aufklärungsbogen für die Implantation des Eversense-Sensors. Diesen Aufklärungsbogen soll der Pat ausgefüllt, aber noch nicht unterschrieben, zum | |

Implantations-Termin mitbringen.

Wir nehmen Kontakt mit dem Pat. auf und informieren Ihre Praxis über den geplanten Implantations-Termin.

Treffpunkt mit dem Pat. ist am Implantationstag in der Diabetes Ambulanz - nicht nüchtern. Uhrzeit wird individuell vereinbart werden.

Pat. erhält nach der Implantation ein Informationsblatt bez. Verhalten nach Implantation.

Explantations-Termin wird dem Pat. mitgegeben.

Prim. Prof. Dr. Sabine Horn

Dr. Birgit Mallinger-Taferner