

ZUWEISUNG

Eversense-Sensor Implantation LKH Villach

Vorstand: Prim. Prof. Dr. Sabine Horn
Ambulanz Leitung: OÄ Dr. Alma Mededovic

DaMe-ID: KH832568
Mailadresse interne.villach@kabeg.at
Bitte im Betreff angeben: Sensor-Implantation

Name, Adresse, Vers.-Nr. und Geb.-Datum Krankenkasse Telefonnummer Hausarzt	
Allergien	o ja o 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:	 o ja o nein o ja o 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

OÄ Dr. Alma Mededovic