



## Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

5) Individuell vereinbarte Therapieziele: .....

.....

6) Hypoglykämien mit Fremdhilfe in den letzten 12 Monaten am:.....

.....

(z.B. Vorlage als Kopie der ärztlichen Praxisdokumentation)

7) Bekannte Folgeerkrankungen (bitte ggf. entsprechende Facharztberichte beifügen):

.....

.....

8) Diabetologische Betreuung der Patientin/des Patienten erfolgt durch (Name, Anschrift):

.....

.....

### Sofern die Pumpe bereits zum Einsatz gekommen ist:

9) HbA1c-Wert mit Datum am Ende der Pumpenerprobung: .....

10) Hypoglykämien mit Fremdhilfe unter Pumpentherapie am:.....

.....

(z.B. Vorlage als Kopie der ärztlichen Praxisdokumentation)

**Wichtiger Hinweis:** Zusätzlich zu dieser strukturierten Befundübermittlung fordert das Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände in der PG 03 eine erweiterte fachärztliche Begründung. Sie können diese Stellungnahme zu konkreten Einstellungsproblemen unter ICT und zur Notwendigkeit der Pumpenversorgung bzw. zu den Erfahrungen während einer bereits erfolgten Pumpenerprobung entsprechend frei formulieren oder die nachfolgende Vorlage auf **Blatt 3** verwenden.

Datum

Stempel

Unterschrift verordnender Arzt

Blatt 3 zur Insulinpumpenverordnung

Erweiterte fachärztliche Begründung

für  
Name:..... Vorname: ..... Geb.:.....

11) Auflistung der Einstellungsprobleme unter ICT:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12) Auflistung der zur Problemlösung durchgeführten therapeutischen Maßnahmen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13) Kurze Stellungnahme zu den wesentlichen Aspekten der Pumpenerprobung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datum

Stempel

Unterschrift verordnender Arzt

