

Dexcom rtCGM-System

Im Rahmen der technischen Einweisung erlernen Sie den sicheren Umgang mit Ihrem Dexcom rtCGM-System und werden in alle Funktionalitäten und Nutzungsmöglichkeiten eingewiesen.

Einweisung für Dexcom rtCGM-System

(bitte Nummer angeben)

Patientendaten (bitte in Druckbuchstaben in Blau oder Schwarz ausfüllen)

Nachname

Vorname

Gesetzlicher Vertreter – Nachname

Gesetzlicher Vertreter – Vorname

Straße / Nr.

Postleitzahl **Stadt / Ort**

Inhalte der technischen Einweisung (bitte ankreuzen)

Praktische Inhalte

- Einstellen der Menüs auf die persönlichen Bedürfnisse
- Einsetzen des Sensors und Transmitter
- Starten des Systems
- Kalibrieren
- Sensortragestellen (Bauch, Gesäß, Oberarm-Rückseite)

Dexcom App

Installation und Nutzung der Dexcom App sind optional. Die Entscheidung obliegt dem Patienten.

- Download
- Einrichten des Benutzerkontos
- Starten des Systems
- Warnungen / Alarme
- Share Funktion

Software CLARITY

Installation und Nutzung von Clarity sind optional. Die Entscheidung obliegt dem Patienten.

- CLARITY Account erstellt

Fragen und Antworten

- Problembehandlung / Reklamationen
- Ansprechpartner bei Dexcom

Theoretische Inhalte

- Unterschied Gewebe- und Blutzucker
- Funktionsweise Dexcom rtCGM-System

Allgemeine Hinweise

- Sicherheitsinformationen (Gebrauchsindikationen, Gegenanzeigen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen)
- Dexcom hat bisher keine Daten zur Anwendung bei Personen mit Dialyseanforderungen systematisch erhoben
- geeignet für Schwangere
- geeignet für Kinder ab 2 Jahren
- Möglichkeit des Treffens von Behandlungsentscheidungen
- Nachweis über die technische Einweisung und Empfangsbestätigung

Sensor / Transmitter / Empfänger

- die einzelnen Menüs
- Warnungen / Alarme
- Abstand zwischen Sensor und Insulin
- Transmitter Laufzeit

Die technische Einweisung erfolgte durch: (bitte in Druckbuchstaben in Blau oder Schwarz ausfüllen)

Einweisende Person – Nachname

Einweisende Person – Vorname

Einweisende Person – Unterschrift _____

OPTIONAL: per Dexcom Online-Training (bitte Nummer ergänzen) **Dexcom Online-Training Nummer:**

Ort / Datum _____ **Unterschrift des Leistungsempfängers** _____