KABEG
LKH Villach

Abteilung für Innere Medizin
Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn

Nikolaigasse 43
9500 Villach

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 ja**	**o nein** **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