

**Insulinpumpen-Therapiebescheinigung**

Hiermit bestätige ich, dass der Patient \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ und wohnhaft in \_\_\_\_\_

(Strasse, Ort) als insulinpflichtiger Diabetiker auf die kontinuierliche Zufuhr von Insulin mit der Insulinpumpe mylife™ YpsoPump® angewiesen ist und diese samt folgendem Equipment mit sich führen muss:

- mylife™ YpsoPump® (Insulinpumpe)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® Infusionsset (Verbrauchsmaterial in ausreichender Menge)
- mylife™ Orbit® Inserter
- Blutzuckermessgerät, Blutzuckerteststreifen, Lanzettengerät & Lanzetten
- Insulinampullen oder Leer-Ampullen
- Insulinspritze/Pen zur Substitution im Falle eines Pumpendefekts
- Weiteres

Behandelnde Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Medizinische Einrichtung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

**Attestation of insulin pump therapy**

I hereby confirm that the patient \_\_\_\_\_, born on \_\_\_\_\_ and resident of \_\_\_\_\_ (street, city), who is an insulin dependent diabetic, is in need of a continuous supply of insulin from the mylife™ Ypsopump® insulin pump and therefore has to carry the mylife™ YpsoPump® insulin pump, as well as the following equipment, with him/her.

- mylife™ YpsoPump® (insulin pump)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® Infusion Set (consumable material)
- mylife™ Orbit® Inserter
- Blood glucose meter, blood glucose test strips, lancing device & lancets
- Insulin cartridges or empty cartridges
- Syringes/Insulin-Pen for substitution in case of a defective pump
- More:

Attending Doctor: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Medical Facility: \_\_\_\_\_ Phone : \_\_\_\_\_

Date and signature \_\_\_\_\_

**Attestation de thérapie par pompe à insuline**

Par la présente, j'atteste que le/la patient(e) \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ et habitant à \_\_\_\_\_ (rue, lieu) en tant que diabétique insulino-requérant est dépendant d'un apport continu d'insuline avec une pompe à insuline mylife™ YpsoPump®. Il doit avoir sur lui/elle la pompe mylife™ YpsoPump® ainsi que l'équipement suivant :

- mylife™ YpsoPump® (pompe à insuline)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® set de perfusion (consommable en quantité suffisante)
- mylife™ Orbit® Inserteur
- Lecteur de glycémie, bandelettes, un autopiqueur et des lancettes
- Cartouche d'insuline ou réservoir vide
- Pen ou seringue pour l'injection d'insuline comme traitement substitutif en cas de panne de la pompe
- Autre(s) :

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Etablissement: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Tampon et signature : \_\_\_\_\_

**Attestato di Terapia con Pompa ad Insulina**

Con la presente si attesta che la/il paziente \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ domiciliato/a \_\_\_\_\_ (Via e Luogo), essendo diabetico e insulino-dipendente, è portatore di una pompa ad insulina mylife™ YpsoPump®. Il paziente deve avere sempre su di sé la pompa mylife™ YpsoPump® come anche il materiale che necessita al suo uso corretto e più precisamente:

- mylife™ YpsoPump® (pompa insulina)
- mylife™ Ypsopump® Orbit® set infusione (materiale d'uso in quantità necessaria)
- mylife™ Orbit® (insertore per ago)
- Glucometro, strisce, penna per punzione e lancette
- Fiala d'insulina o fiala per riempimento
- Penna o siringa per l'iniezione di insulina come trattamento sostitutivo in caso di malfunzionamento della pompa o altri eventi casuali.
- Altro: \_\_\_\_\_

Medico trattante: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Ospedale: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Timbro e firma : \_\_\_\_\_