

YpsoPump

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 YpsoPump angewiesen ist und diese samt folgendem Equipment mit sich führen muss:

- YpsoPump (Insulinpumpe)
- myOrbit Infusionssets (Verbrauchsmaterial in ausreichender Menge)
- myOrbit 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 _____ (street, city), who is an insulin dependent diabetic, is in need of a continuous supply of insulin from the Ypsopump insulin pump and therefore has to carry the YpsoPump insulin pump, as well as the following equipment, with him/her.

- YpsoPump (insulin pump)
- myOrbit Infusion Set (consumable material)
- myOrbit 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 YpsoPump. Il doit avoir sur lui/elle la pompe YpsoPump ainsi que l'équipement suivant :

- YpsoPump (pompe à insuline)
- myOrbit set de perfusion (consommable en quantité suffisante)
- myOrbit 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 YpsoPump. Il paziente deve avere sempre su di sé la pompa YpsoPump come anche il materiale che necessita al suo uso corretto e più precisamente:

- YpsoPump (pompa insulina)
- myOrbit set infusione (materiale d'uso in quantità necessaria)
- myOrbit (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