

Ein System. Viele Vorteile.

- Kabellos
- Vernetzt
- Bedienungsfreundlich
- Datensicher



Das ESYSTA® System besteht aus den ESYSTA® Geräten, dem ESYSTA® Portal und der ESYSTA® Diabetestagebuch-App. Per kabelloser, sicherer Datenübertragung senden die ESYSTA® Geräte die aktuellen Messwerte automatisch an die ESYSTA® Diabetestagebuch-App.

Aus Sicht der Patienten führt sich ihr Diabetestagebuch nun wie von selbst. Über das ESYSTA® Portal können die Patienten alle Werte mit ihrem Behandlungsteam teilen. Hierbei sorgen grafische Darstellungen für schnelle Übersicht.

Emperra®
E-Health Technologies

Emperra GmbH E-Health Technologies
Zeppelinstraße 48a · D-14471 Potsdam
T +49 331 9793480 0 · F +49 331 9793480 19
E-mail: info@emperra.com · www.emperra.com



© 07.2018 Emperra® GmbH E-Health Technologies Art.-Nr. 901-10-007-01-f

ESYSTA®
• Digital Diabetes Care

Rezeptierungshilfe für Arztpraxen



Das System für ein leichteres
Leben mit Diabetes.

www.emperra.com

Ihre Musterrezepte für das ESYSTA® System

Fragen? Anmerkungen?
Wünsche?

0800 - 367 37 72 (kostenlos)
Mo. - Fr. 08.30 - 17.00 Uhr

ESYSTA® Pen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse			7				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Mustermann							
Max							
Musterstraße 5							
XXXXX Musterstadt							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
2 x ESYSTA Pen Insulinpen (farblich unterscheidbar)							
PZN 9732414 (schwarz)							
PZN 11241818 (weiß)							
Diagn.: insulinpflichtiger Diab. mell. Typ 1 bzw. 2							
ggf. ICT-Patient mit 2 Insulinsorten							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					



ESYSTA® Lab

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse			7				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Mustermann							
Max							
Musterstraße 5							
XXXXX Musterstadt							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
1 x ESYSTA Lab							
PZN 9726750							
Diagn.: insulinpflichtiger Diab. mell. Typ 1 bzw. 2							
ggf. ICT-Patient							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					



ESYSTA® Adapter

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse			7				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Mustermann							
Max							
Musterstraße 5							
XXXXX Musterstadt							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
3 x ESYSTA Adapter A (Lilly, Berlin Chemie, B.Braun) PZN 12393476							
und/oder ESYSTA Adapter B (Sanofi Aventis) PZN 12393507							
und/oder ESYSTA Adapter C (Novo Nordisk) PZN 12393513							
Diagn.: insulinpflichtiger Diab. mell. Typ 1 bzw. 2							
ggf. ICT-Patient Quartalsbedarf							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					



ESYSTA® Teststreifen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
Musterkrankenkasse			7				
Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto			
Mustermann							
Max							
Musterstraße 5							
XXXXX Musterstadt							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status:			
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum:			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							
6 x ESYSTA Blutzucker Teststreifen à 50 Stck.							
PZN 9732354							
Diagn.: insulinpflichtiger Diab. mell. Typ 1 bzw. 2							
ggf. ICT-Patient							
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes			
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer					



Hinweis: Hier bitte den benötigten Adapter-Typ auswählen und die gewünschte Menge angeben.