

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



**Anmeldung zur Schulung
unter Fax.: 0621 - 3361686**

Telefon Nr. des Patienten _____

im DMP Ja Nein

Diabetes Typ1 Typ2 sonstiger Typ _____

Gewichtsprobleme Ja Nein

Diabetestherapie Nur Diät _____

Orale Antidiabetika _____

Konventionelle Insulintherapie _____

Intensivierte Insulintherapie ICT _____

Supplementäre Insulintherapie SIT _____

Basal unterstützte orale Therapie BOT _____

Gewünschte Schulung

- ohne Insulintherapie Ja
für Patienten mit Diät und/oder oralen Antidiabetika
(4 Doppelstunden)
- mit konventioneller Insulintherapie Ja
für Patienten mit 1-2 Spritzen Mischinsulin
(5 Doppelstunden)
- mit intensivierter Insulintherapie Ja
für Patienten mit Diabetes Typ1 oder 2, welche die
Insulindosen vor der Mahlzeit anpassen
(10 Doppelstunden in 5 bis 10 Sitzungen)
- Medias 2 Ja
für Patienten mit Diabetes Typ 2 im mittleren
Lebensalter ohne Insulintherapie (8 oder 12
Doppelstunden)
- SIT Ja
für Patienten mit Typ 2 Diabetes und festen
mahlzeitenbezogenen Insulindosen
(5 Doppelstunden)
- Hypertonieschulung Ja
für Patienten mit Diabetes und Hypertonie
(4 Doppelstunden)
- Insulinpumpenschulung Ja
für Patienten mit Insulinpumpen
(12 Doppelstunden in 5 bis 10 Sitzungen)

Wünsche an die Schulung / Sprache : _____

Datum

Unterschrift Praxis

Stempel

Mit der Überlassung der persönlichen Daten auf dieser Anmeldung an DSM zum Zwecke der Schulungsorganisation erklärte sich der Patient einverstanden.

Nur intern: Anmeldung weitergeleitet am _____ an schulende Praxis _____