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

Print Labels® 41 - © ☎ 0 61 71/77 40 Fax 7 63 86

Jeder zu schulende Patient muss in einem DMP eingeschrieben sein, da er sonst die Schulungskosten selbst in voller Höhe tragen müsste !

Die/der Patient(in) ist bereits in einem DMP eingeschrieben **DMP- Nr.:** ( )

Die/der Patient(in) soll durch das Schulungszentrum eingeschrieben werden ( )

Die/der Patient(in) ist Selbstzahler(in) ( )

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Tel. Nr. d. Pat.:_____

Anmeldung zur Schulung

Schulungszentrum Diabetes Wittlich e.V.

Fax. 06571 - 9542134

Art der Schulung:

Alle anderen Patienten:

( ) Schulung **Typ 1 - Diabetiker** (DDG)
( ) Schulung **Typ 1 - Diabetes Insulinpumpe**
( ) Schulung Schwangere mit **Gestationsdiabetes**
( ) Schulung Typ 2 - Diabetiker **ICT** (DDG)
( ) Typ 2 - Diabetiker **CT** (DDG)
( ) ZI-Schulung Typ 2 - Diabetiker **ohne Insulin**
( ) **COPD**
( ) **ASTHMA**
( ) **Diabetes und Hypertonie**
( ) ZI-Schulung **Hypertonie**
( ) **SPOG** (Gerinnungsschulung
( ) **Ernährungsberatung**

AOK-Patienten:

( ) Schulung **Typ 1 - Diabetiker** (DDG)
( ) Schulung **Typ 1 - Diabetes Insulinpumpe**
( ) Schulung Schwangere mit **Gestationsdiabetes**
( ) Schulung Typ 2 - Diabetes **ICT** (DDG)
( ) Schulung Typ 2 - Diabetes **CT** (DDG)
( ) ZI-Schulung Typ 2 - Diabetiker **ohne Insulin**
( ) **COPD**
( ) **ASTHMA**
( ) **Diabetes und Hypertonie**
( ) ZI-Schulung **Hypertonie**
( ) **SPOG** (Gerinnungsschulung)
( ) **Ernährungsberatung**

Mitteilungen zum Patienten und zum Kursablauf:

Bei Vorliegen eines **augenärztlichen Befundes** der letzten 12 Monate bitte Befundkopie mitgeben.

Bitte teilen Sie die aktuelle Medikation mit Dosis, sowie die Insulinart und die Dosis mit:

Orale Therapie	**Dosis**	**Insulin**	**Dosis**	**Weitere Medikamente**	**Dosis**
SPOG	**Diagnose:**	**INR-Zielbereich:**	**Wochendosis:**		

Bitte teilen Sie uns den Befund der **Fußuntersuchung** mit, sofern diese Untersuchung in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann (Fußpulse, Stimmgabeltest, Fußinspektion)
Wenn sich während der Schulung eine **Therapieumstellung** als sinnvoll erweisen sollte, sind Sie dann

mit einer solchen Umstellung einverstanden ( )
auf keinen Fall einverstanden ( )
nach Rücksprache evtl. einverstanden ( )

Wie schätzen Sie die **Mitarbeit Ihres Patienten** ein 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
(1= sehr schlecht, 10= sehr gut)

Datum: _____ Stempel _____ Arzt - Unterschrift