

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

LEBEN MIT DIABETES



FAX Geschäftsstelle: 07041 / 81 84 31

Telefonnummer des Patienten

anmeldende Praxis / Praxisstempel

Anmeldung zur Schulung

- Diabetes mellitus**
 - Typ 1 Typ 2 Schwangerschaft sonst
- arterielle Hypertonie**
- Herz-Kreislauf**
- Asthma bronchiale**
- COPD**

1. Therapie:

- orale Antidiabetika
- Antihypertensiva
- Diät
- Insulin: ICT CT Bedtime Pumpe andere

2. Schulungssprache:

- deutsch türkisch

3. gewünschter Schulungskurs:

Kurs Nr.: _____ (1. Wahl)

Kurs Nr.: _____ (2. Wahl)

4. DMP: ja nein

Arzt