

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