

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



DSZ e.V., Gartenstr. 55, 74072 Heilbronn

Telefon: _____

Anmeldung an die Geschäftsstelle DSZ:

Beruf: _____

(Frau May) Fax: 07132 – 92 08 43

DMP: Diabetes Herz Lunge Nein

DMP-Schulung - Anmeldeformular zur Schulung im DSZ (bitte entsprechend ankreuzen)

- Schulung Typ 2 Diabetes ohne Insulin (Erstschulung = 5 Termine)
- Schulung Typ 2 Diabetes ohne Insulin - türkischsprachig
- Schulung Typ 2 Diabetes ohne Insulin (Wiederholungsschulung = 2 Termine)
- Schulung Typ 2 Diabetes mit Insulin (Erstschulung = 6 Termine)
- Schulung Typ 2 Diabetes mit Insulin (Wiederholungsschulung = 2 Termine)
- Schulung Typ 1 Diabetes
- Schulung KHK / Hypertonie (4 Termine)
- Schulung Asthma / COPD (2 Termine a 3 Std.)
 - 2 aufeinanderfolgende Freitage (Dres. Hubatsch / Bohnacker)
 - Freit. Nachmittag u. direkt darauffolgender Samst. Vormittag (Dr. Schröder)
 - Freit. Nachmittag u. direkt darauffolgender Samst. Vormittag (Dres. Stöckle / Malt)

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Diabetes- / KHK- / Asthma- COPD-Dauer (Jahre): _____

ggf. HbA1c (%): _____ ggf. Micral (mg/l): _____ Blutdruck (mmHg): _____

ggf. diabetische Folgeerkrankungen: _____

Medikation (ggf. Beh. Plan beilegen): _____

Begleiterkrankungen: _____

Sonstiges (Infekt. Erkrankung – Hepatitis, HIV / alleinstehend / Compliance): _____

Schulungsziele: _____

Terminwunsch (Wochentag / vormittag – nachmittag – abend): _____
(für „Lungenschulung“ bitte oben ankreuzen!)

Check:

- DSZ-Flyer an Patienten ausgehändigt
- Unterschrift Patient
- Formular gefaxt

Unterschrift Patient

Unterschrift Ärztin / Arzt und Praxisstempel