

Anmeldung zur Patientenschulung Diabetes mellitus für überweisende Arztpraxen

Bitte vollständig ausfüllen. Die Angaben dienen ausschließlich der Organisation und Durchführung der Patientenschulung.

1. Diabetologische Schwerpunktpraxis, welche die Schulung durchführen soll:

Praxisname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Fax: _____

2. Patientendaten

Vorname, Name _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____._____._____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

3. Medizinische Angaben

Diabetes-Typ: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ anderer Typ

Erstdiagnose (Jahr) _____

HbA1c _____ %

GFR _____ ml/min

Begleiterkrankungen: ☐ Nephropathie ☐ Retinopathie ☐ Neuropathie ☐ pAVK ☐ KHK/Apoplex ☐ Hypertonie

Sonstige Erkrankungen: _____

4. Therapie

☐ Nur Diät ☐ Orale Antidiabetika ☐ BOT ☐ Mischinsulin/SIT

☐ ICT nach BE-Faktor ☐ Festes Insulinschema (Mahlzeiten & Verzögerungsinsulin)

Datum letzte Schulung (TT.MM.JJJ) _____._____._____ / ☐ bisher keine

Schulungswunsch ☐ morgens ☐ abends

Praxis-Telefon _____

Anmerkungen _____

5. Sonstiges (anmeldende Praxis)

☐ Patient ist im DMP eingeschrieben

☐ Patient soll von der oben genannten Diabetologischen
Schwerpunktpraxis in DMP eingeschrieben werden.

Praxisstempel

Dieses Formular wurde von Diabetologen Hessen eG zur Nutzung von „Zuweiserverpraxen“ / zugewiesenen Patienten durch selbige mit Unterstützung der AOK Hessen erstellt. Hierdurch möchten wir die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Schulungen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 verbessern. Das Formular wird allen Mitgliedspraxen zur weiteren Nutzung zur Verfügung gestellt. Es enthält ausfüllbare Felder.