

Krankenkasse		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
Kassennummer	Versichertennummer	Status



DSZ e.V. Riedweg 11, 74078 Heilbronn

Email :

Telefon :

Beruf :

Anmeldung an die Geschäftsstelle DSZ:

Fax 07131 1231124

Mail: dsz-heilbronn@web.de

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 (Wiederholungsschulung = 2 Termine)
- Schulung Typ-2-Diabetes mit Insulin (Erstschulung = 6 Termine)
- Schulung Typ-2-Diabetes mit Insulin (Wiederholungsschulung = 2 Termine)

Diabetes-Dauer (Jahre):

ggf. HbA1c %:

ggf. GFR (ml/min):

Diabetische Folgeerkrankungen (PNP, Retinopathie, Nephropathie, KHK, Angiopathie):

Begleiterkrankungen:

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

Terminwunsch (Vormittag – Nachmittag – Abend):

Check:

- DSZ-Flyer an Patienten ausgehändigt
- Unterschrift Patient
- Anmeldeformular gefaxt
- Laborwerte gefaxt
- Behandlungsplan gefaxt
- Überweisungsformular – bitte erst zur Schulung mitgeben

Datum , Unterschrift Patient

Unterschrift Ärztin / Arzt und Praxisstempel

Für Nichtmitgliedspraxen wird pro Schulungspatient ein Unkostenbeitrag von 30€ erhoben, zu überweisen auf das Geschäftskonto des DSZ e.V., IBAN DE77 6005 0101 7406 5069 05.