

Schulungsteilnehmer (Name, Vorname, Geb.Datum, Krankenkasse)



Diabetes-  
Schulungszentrum  
Heilbronn

DSZ e.V., Gartenstr. 55, 74072 Heilbronn  
www.dsz-heilbronn.de

Email: \_\_\_\_\_

**Anmeldung an die Geschäftsstelle DSZ:**

Telefon: \_\_\_\_\_

**(Frau Ockert) Fax: 07131 – 123 11 24**

**Tel: 07138 – 690 49 25**

Beruf: \_\_\_\_\_

**Mail: dsz-heilbronn@web.de**

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

Diabetes- / KHK- / Asthma- COPD-Dauer (Jahre): \_\_\_\_\_

ggf. HbA1c (%): \_\_\_\_\_ ggf. GFR (ml/min): \_\_\_\_\_

ggf. diabetische Folgeerkrankungen (PNP, RP, NP, KHK): \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

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

Terminwunsch (vormittag – nachmittag – abend): \_\_\_\_\_ (für „Lungenschulung“ bitte oben ankreuzen!)

**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