

Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR
Geschäftsstelle, Postfach 10 06 36, 01076 Dresden

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Nachschulung eines Patienten im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Datum der Antragstellung: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

versichert bei: _____ Versicherungsnummer: _____

eingeschriebener DMP-Versicherter seit: _____

beantragte Schulung: GOP _____ (ZI, MEDIAS, Hypertonie usw.)

letzte Schulung: _____ (Art, Quartal, Jahr)

Begründung für die Nachschulung:

Insulinierung: ja / nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anzahl geplanter Unterrichtseinheiten: _____

Besonderheiten: _____

Vertragsarztstempel und Unterschrift des antragstellenden Arztes:

nachfolgende Zeilen werden von der Krankenkasse ausgefüllt

Bestätigung der Nachschulung: ja / nein

Begründung bei „nein“: _____

Ort, Datum

Unterschrift