

Datenerfassungsblatt zum DMP Diabetes mellitus Typ II

Titel: _____

Vor- und Zuname: _____

Versicherungsnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Ordinationsadresse: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Pol. Bezirk: _____

- ☐ (01) Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
☐ (01) Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
☐ (07) Facharzt/-ärztin für Innere Medizin
- VP-Nr.: _____

Ich habe an der Grundsicherung zum
 Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – „Therapie Aktiv“ (DMP DM2)
 am teilgenommen und beabsichtige die Verrechnung von
 Leistungen im Rahmen des DMP DM2 – „Therapie Aktiv“ laut DMP DM2-Vereinbarung für
 Anspruchsberechtigte sämtlicher Krankenversicherungsträger in meiner Ordination
 ab

Kontodaten zur Verrechnung der DMP DM2-Leistungen:

BIC _____

IBAN _____

Für eventuelle Rückfragen bin ich wie folgt erreichbar:

Telefon _____

E-Mail _____

Fax _____

Datum, Stampiglie, Unterschrift