

## TEILNAHME- und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

□□□□□□□□□□

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Strasse / PLZ / Ort)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse\*

\*Angabe erforderlich, um Mitteilungen per E-Mail zu erhalten

- Ich erkläre mich bereit, aktiv am Programm „Therapie Aktiv“ teilzunehmen. Ich werde gemeinsam mit meinem Arzt Therapieziele (mehr Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchstopp, verbesserte Blutdruck- und Laborwerte, Gewichtsreduktion) vereinbaren und mich nach diesen Zielen richten.
- Ich bin einverstanden im Zuge des Programms diabetesrelevante Mitteilungen von der Sozialversicherung zu erhalten.
- Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen und scheidet mit dem Widerruf automatisch aus dem Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 aus.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

### vom Arzt auszufüllen:

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Wiedereinschreibung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum der Einschreibung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des „Therapie Aktiv“-Arztes

\_\_\_\_\_  
Name, Vertragspartnernummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ordinationsstempel