



„Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv“

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr/Frau

hat im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes Mellitus Typ 2 – Therapie Aktiv

die **Patientinnen- und Patientenschulung** für
insulinpflichtige Patientinnen und Patienten **erfolgreich absolviert.**

_____, am

Ordinationsstempel, Unterschrift