

## Datenerfassung zum DMP Diabetes mellitus Typ II

Titel \_\_\_\_\_

Vor- und Zunamen \_\_\_\_\_

Ordinationsadresse:

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

VP-Nr. \_\_\_\_\_

Ich habe an der Basisschulung (je 2 Stunden Grundlagen von Therapie aktiv und diabetische DFP Fortbildung) für DMP Diabetes mellitus Typ II am ..... teilgenommen und beabsichtige die Direktverrechnung von Leistungen im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ II laut Projektvereinbarung für Anspruchsberechtigte sämtlicher Krankenversicherungsträger in meiner Ordination ab .....

*Kontodaten zur Verrechnung der DMP-Leistungen:*

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

*Für eventuelle Rückfragen wie folgt erreichbar:*

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stampiglie, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
*Die Ärztekammer für Wien bestätigt hiermit, dass die Strukturkriterien lt. Anlage der Vereinbarung in der Praxis des o.a. Arztes/der o.a. Ärztin gegeben sind.*

\_\_\_\_\_  
Datum, Stampiglie, Unterschrift