

Meldung der Durchführung einer Patientenschulung insulinpflichtig (Pos. Nr. 644)*):

Die Schulung nach dem „Düsseldorfer Modell“ umfasst 5 Module:

1. Modul: 3 Unterrichtseinheiten (UE)
2. Modul: 3 UE
3. Modul: 3 UE
4. Modul: 3 UE
5. Modul: 2 UE

durchführende DMP DM2-Arzt: _____
gemeinsam mit einem Diabetesberater bzw. mit einem Diätologen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Name: _____

Name und Vorname des Patienten	VSNR	zuständiger SV-Träger	erster Tag der Schulung	letzter Tag der Schulung	Unterschrift	DVD Ja/Nein

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Patienten die Richtigkeit der obigen Angaben und der Teilnahme an der Schulung.

Bestätigung durch den DMP DM2-Arzt durch Stampiglie und Unterschrift _____

*) **Gruppengröße: 3 bis 5 Patienten:** Die Einhaltung der vertraglich festgelegten Gruppengröße ist Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nr. 644!

Vor Durchführung einer Schulung bzw. nach erfolgter Schulung ist das Formular an die DMP DM2-Administration zu übermitteln (per Post bzw. per Fax: 050 899-3180).

