



Schulung für nicht insulinpflichtige DiabetikerInnen \*

Schulung für insulinpflichtige DiabetikerInnen \*

\* nicht zutreffendes bitte streichen

**Meldung über die erfolgte Durchführung einer  
Patientenschulung für Diabetikerinnen und Diabetiker**

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

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

Bestätigung durch die/den DMP Dm2-Ärztin/-Arzt durch Unterschrift und Stampiglie \_\_\_\_\_