



Schulung für nicht insulinpflichtige DiabetikerInnen\*

Schulung für insulinpflichtige DiabetikerInnen \*

- zutreffendes bitte ankreuzen

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

Vor- und Familienname der Patientin/des Patienten	VSNR 10-stellig	zuständiger SV Träger	erster Tag der Schulung	Unterschrift	DVD

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

Bestätigung durch die/den Therapie Aktiv-Ärztin/-Arzt durch Unterschrift und Stampiglie \_\_\_\_\_