

Patientenname, Adresse

Praxis Peter Zimmermann

Diabetesschwerpunkt-Praxis

Blatehof 33, 47665 Sonsbeck

Diabetesschulungszentrum

Hochstraße 63, 47665 Sonsbeck

Tel: 02838-910807, Fax: 02838-910806

praxiszimmermann@gmx.de

Telefon/Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Anmeldung zur Diabetesschulung

Die **DMP-Einschreibung** ist beim Hausarzt erfolgt. DMP-Nummer: _____

Die **DMP-Einschreibung** soll durch die Praxis Zimmermann erfolgen.

Wir melden unseren Patienten zu folgender Schulung an:

Diabetes mellitus Typ 2

Ohne Insulintherapie, mit/ohne Tabletten (4 x 90')

Ohne Insulintherapie, mit Übergewicht (8 x 90')

... mit Basal- oder Mischinsulin (BOT/CT) (5 x 90')

Intensivierte Insulintherapie (ICT) (8 x 90')

Mögliche Zeiten: vormittags nachmittags abends _____

Diabetes mellitus Typ 1

Intensivierte Insulintherapie, ICT (12 x 90')

Insulinpumpentherapie, CSII (12 x 90')

Sensorschulung Typ1 / Typ 2

System: _____

Mit einer Umstellung oder Anpassung der Therapie während der Schulung bin ich:

einverstanden

nur nach Rücksprache einverstanden

auf keinen Fall einverstanden

Datum: _____

Praxisstempel/Unterschrift

Diabetes mellitus bekannt seit: _____

Diabetesmedikamente: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm, BMI: _____

Insuline/Dosis: _____

Letzter HbA1c/Datum: _____ %/ _____

Insuline/Dosis: _____

Kreatinin/GFR: _____ / _____

ICT mit Dosis-Plan

ICT mit Faktoren

Begleiterkrankungen: _____

Mit der Anmeldung und der Übermittlung meiner Daten an die Praxis Zimmermann bin ich einverstanden:

Ort/Datum: _____ Unterschrift/Patient: _____