

## Praxis Peter Zimmermann

Blatehof 33, 47665 Sonsbeck  
Tel: 02838-910807, Fax: 02838-910806

### **DIABETES-Schulungszentrum LINKER NIEDERRHEIN**

Stettiner Str. 7, 47665 Sonsbeck  
Tel: 02838-8594020, Fax: 02838-8594022  
Mail: Diabetes-Sonsbeck@gmx.de

Patientenname, Adresse

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Diabetesschulung -> auch ONLINE möglich

- 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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Diabetes mellitus Typ 1</b>                |
| <input type="checkbox"/> Ohne Insulintherapie, mit/ohne Tabletten (4 x 90')  | <input type="checkbox"/> Intensivierte Insulintherapie, ICT (12 x 90') |
| <input type="checkbox"/> Ohne Insulintherapie, mit Übergewicht (8 x 90')   | <input type="checkbox"/> Insulinpumpentherapie, CSII (12 x 90')        |
| <input type="checkbox"/> ... mit Basal- oder Mischinsulin (BOT/CT) (5 x 90')   | <input type="checkbox"/> <b>Sensorschulung Typ1 / Typ 2</b>            |
| <input type="checkbox"/> Intensivierte Insulintherapie (ICT) (8 x 90')   | System: _____  |
| Mögliche Zeiten: <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ONLINE |  |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>einverstanden</b>                      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>nur nach Rücksprache einverstanden</b> |   |
| <input type="checkbox"/> <b>auf keinen Fall einverstanden</b>      | Datum: _____ Praxisstempel/Unterschrift |

Diabetes mellitus bekannt seit: _____	Diabetesmedikamente: _____
Körpergewicht: _____ kg	_____
Körpergröße: _____ cm, BMI: _____	Insulin/Dosis: _____
Letzter HbA1c/Datum: _____ % / _____	Insulin/Dosis: _____
Kreatinin/GFR: _____ / _____	<input type="checkbox"/> ICT mit Dosis-Plan <input type="checkbox"/> ICT mit Faktoren
Begleiterkrankungen: _____	

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Patient: \_\_\_\_\_