

# Schulungsverein Südpfalz e.V.

Adressette

## Patienten – Anmeldung zur Schulung

Anmeldung an: Praxis Dr. Franta / z. H. v. Fr. Evi Franta

**Fax 06347/2926**

Tel. 06347/6099

Praxisstempel

**Patienten-Telefon** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **DMP-Nr:** \_\_\_\_\_

KHK  Hypertonie  COPD  Asthma  Diabetes **Typ 2**  Diabetes **Typ 1**

**Erst-Schulung**  **Re-Schulung** Erstschulung war: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grund Wiederholungsschulung (AOK): \_\_\_\_\_

Begründung (Ersatzkassen) wenn Schulung vor Ablauf der 3-Jahres-Frist  
(sonst nicht notwendig): \_\_\_\_\_

aktueller HBA1c: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_%  ohne Insulin oder  $\alpha$  mit Insulin:

CT oder  ICT Insulinsorte(n): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Schulungsort

Germersheim  Kandel  Wörth  Rheinzabern (ICT)  
 Angehörigenschulung (Patient muss an Schulung teilnehmen)  Selbstzahler  Privat

Präferierte Schulungszeit ?  nachmittags  abends  Zeitraum  Schichtarbeit

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer Diabetes-Schulung beim Schulungsverein Südpfalz angemeldet. Sie werden in der nächsten Zeit eine schriftliche, in Ausnahmefällen eine telefonische, Einladung mit den vorgesehenen Terminen Ihrer Schulung bekommen.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Ihr Schulungsteam

Ich habe die Anmeldung zur Kenntnis genommen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anmeldender Arzt: IBAN: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_