

Bitte Stammdaten des Patienten drucken

**Dr. med. Simone Badis**  
Fachärztin für Innere Medizin  
Schwerpunktpraxis Diabetes  
Diabetes Fußambulanz  
Karrstraße 40  
54516 Wittlich

**Fax: 06571-9507820**

**Erreichbarkeit des Patienten:**

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Diabetesschulung

**Voraussetzung für die Schulung ist die Einschreibung des Patienten in das DMP Diabetes der Krankenkasse. Mit privaten Kostenträgern rechnen wir direkt ab.**

- Die Einschreibung ist beim Hausarzt erfolgt. **DMP-Nummer:** \_\_\_\_\_
- Die Einschreibung soll durch die Praxis Dr. med. Simone Badis erfolgen.

**Wir melden unseren Patient zu folgender Schulung an:**

Diabetes mellitus Typ 2

- Ohne Insulintherapie
- Tablettentherapie mit Basalinsulin (BOT)
- Konventionelle Insulintherapie (CT)
- Supplementäre Insulintherapie (SIT)
- Intensivierte Insulintherapie (ICT)

Diabetes mellitus Typ 1

- Intensivierte Insulintherapie (ICT)
- Insulinpumpentherapie (CSII)

**Angaben zum Patient:**

Diabetes mellitus bekannt seit: \_\_\_\_\_, Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg, Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm

Orale antidiabetische Therapie: \_\_\_\_\_

Insulintherapie: Mahlzeiteninsulin: Name des Insulins: \_\_\_\_\_

morgens \_\_\_\_ IE, mittags \_\_\_\_ IE, abends \_\_\_\_ IE, Zielwert: \_\_\_\_ mg%, KF: \_\_\_\_\_

Langzeit/-Basalinsulin: \_\_\_\_\_

Andere antidiabetische Therapie: \_\_\_\_\_

**Mit einer Umstellung der Therapie während der Schulung bin ich...**

- einverstanden
- nur nach Rücksprache einverstanden
- auf keinen Fall einverstanden