

SCHULUNGSVEREIN

Medizinisches Qualitätsnetz Zweibrücken
e.V.



Schulungsanmeldung an FAX Nr.905519

Adressfeld Patient

Datum.....

Name..... Vorname:..... Geschlecht..... Telefon-Nr.....

Eigener Patient Überweisungspatient aus Praxis.....

Berufstätig? Ja Nein Schichtarbeit

GEWÜNSCHTE SCHULUNG: oder

z.B. Diabetes ohne Insulin Mit Insulin (CT) ICT Hypertonie Medias 2
 andere..... nach Empfehlung des Schulungsvereins

GEWÜNSCHTES SCHULUNGSTEAM: egal

Diagnosen:

Diabetes mell. Typ 1 seit: Typ 2 seit: BZ-Selbstkontrolle mit.....

Hypertonus Hyperlipidämie Nephropathie Retinopathie Neuropathie

KHK

andere.....

Größe:cm Gewicht:kg BMI..... HbA1c.....

Derzeitige Therapie:

mit Insulin ohne Insulin andere:.....

weitere Anmerkungen oder Wünsche.....

Unterschrift

Praxisstempel

Interne Vermerke Anmeldezentrum:

Erhalten am.....

Weitergefaxt an Team.....

Schulung bestätigt am.....

Schulung durchgeführt bis.....

Anmerkung Frau Frenzel.....