

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname						
Datum						

Diabetes-Beratungszentrum Wuppertal

Auftrag zur Typ - II - Diabetiker-Schulung

Schulungstyp:

Strukturierte Schulung für Typ-II-Diabetiker **ohne** Insulintherapie

Strukturierte Schulung für Typ-II-Diabetiker **mit** Insulintherapie

Insulintherapie soll parallel zur Schulung begonnen werden

Schulung baldmöglichst

Telefonnummer berufl. _____

des Patienten: priv. _____

M W Alter: _____

Bisherige Schulungen

1	2	3	4
---	---	---	---

Aufnahmefähigkeit für Lerninhalte

1	2	3	4
gering		hoch	

Diabetesdauer Jahre

Nur vorhandene
Daten eintragen!

Adipositas Ja / Nein

Hypertonie Ja / Nein

HBA1c %

Bevorzugter Schulungszeitraum:

<input type="checkbox"/>	Vormittag
<input type="checkbox"/>	Nachmittag
<input type="checkbox"/>	Abend

Aktuelle Therapie:

<input type="checkbox"/> Diät	<input type="checkbox"/> Insulintherapie	<input type="checkbox"/> Orale Antidiabetika
	konventionell <input type="checkbox"/> Ja	Sulfonylharnstoff <input type="checkbox"/> Ja
	intensiviert <input type="checkbox"/> Ja	Metformin <input type="checkbox"/> Ja
	Verzögerungsinsulin <input type="checkbox"/> Ja	Repaglinide <input type="checkbox"/> Ja

Datum, Unterschrift, Praxisstempel

AOK	LKK	BKK	IKK	VDAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname						
Datum						

Diabetes-Beratungszentrum Wuppertal

Quartal _____ /19 _____

Rückmeldung nach Typ - II - Diabetiker-Schulung

SE Strukturierte Schulung für Typ-II-Diabetiker **ohne** Insulintherapie

SE Strukturierte Schulung für Typ-II-Diabetiker **mit** Insulintherapie

Vorschläge für die weitere Behandlung

Diese Vorschläge beruhen auf dem Eindruck, der während der Schulung vom Patienten gewonnen wurde. Sie sollen lediglich einen Eindruck vom Schulungsergebnis wiedergeben.

Therapie: Diät konvent. Insulintherapie

Orale Antidiabetika intensiv. Insulintherapie

Vorschläge für die Abrechnung:

Datum	Ziffer(n)	Datum	Ziffer(n)

Datum, Name, Unterschrift