

**Fax-Anmeldung
von Patienten zur Teilnahme
an einer Schulung im
Schulungsverein Ohrekreis e.V.
(SVOK)**

Patientendaten (Formularkopf): Datum

Fax -Nr. 03904 / 724929
Gerikestr. 4, 39340 Haldensleben

Tel.-Nr. des Pat.:

Angaben zum DMP: Diabetes Typ-1 Typ-2 Asthma/COPD KHK

Therapie: Diät Orale Antidiabetika Insulin

Art der Schulung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Medias 2 (ohne Insulin, Selbstmanagement)
- DISCO / NW (nur AOK Sachsen-Anhalt, IKK-Gesund plus)
- ZI ohne Insulin
- ZI mit Insulin (konventionell / Mischinsulin)
- ZI mit Normalinsulin
- Intensivierte Insulintherapie ICT
- LINDA Selbstmanagement Diabetes

- ZI Hypertonie
- Hypertonie HBSP
- Hypertonie IPM modulare Blutdruckschulung

- Asthma NASA
- COPD COBRA
- Antikoagulantien INR - Patient im DMP ja/nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Gewünschter
Schulungstermin

Datum:

alternativ: Datum:

laut Schulungsplan:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

www.sv-ok.de

Schulungsort

Bemerkungen (wie z.B. berufstätig, Schichtarbeit, Schulung nur vormittags/
 nachmittags möglich, nur Ort _____ möglich)

Anmeldende Praxis:
(Praxisstempel), Unterschrift