

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versicherungsnummer	Personennummer
Karte gültig bis	Datum

### Teilnahme-Dokumentation

Bestätigung über die Teilnahme an einer Schulung im Diabetes-Zentrum

#### Behandelnder Arzt:

---

#### Typ-2 ohne Insulin

Durch seine Unterschrift je Schulungseinheit bestätigt der Patient die Teilnahme an der Schulung

Datum	Schulungsinhalte	Unterschrift des Patienten
	Beschwerden durch hohen HZ normale BZ-Werte Unterzuckerung (diabet. Schock) Überzuckerung (diabet. Koma) Urinzucker / Nierenschwelle	
	Insulinwirkung Übergewicht und Insulinwirkung Wirkung der blutzuckersenkenden Tabletten Ernährung (Kalorienabschätzung, Beurteilung NM nach „hilfreich“ / „geeignet“ / „ungeeignet“	
	Ernährung Diätprodukte Füße Bewegung	
	Folgeerkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen HbA1c / Mikroalbuminurie Begleiterkrankungen	

#### Patientenerklärung:

Mit der Dokumentation und Speicherung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Diabetikerschulung erkläre ich mich einverstanden.

Datum

Unterschrift

---