

Teilnahmedokumentation

der Schulkraft über die Teilnahme von Patienten an einer Schulung im Schulungsverein Ohrekreis e.V. (nach Abschluss der Schulung zurück an SVOK, Fax-Nr. 03904/724929)

Name, Vorname des Patienten _____ geb. am _____

Versicherungsnummer _____, Krankenkasse _____

hat an folgender Schulung (Zutreffendes bitte **ankreuzen**) teilgenommen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ZI-Schulung ohne Insulin | <input type="checkbox"/> ZI-Schulung Insulin (konventionell) |
| <input type="checkbox"/> ZI-Schulung Normalinsulin | <input type="checkbox"/> Medias 2-Schulung |
| <input type="checkbox"/> ICT | <input type="checkbox"/> Pumpe |
| <input type="checkbox"/> ZI-Schulung Hypertonie | <input type="checkbox"/> INR |
| <input type="checkbox"/> COBRA COPD | <input type="checkbox"/> NASA Asthma |

Schulungsort: _____, Schulkraft: _____

Hausarzt: _____

Durch seine Unterschrift bestätigt der Patient die Teilnahme an der Schulung:

Datum der Schulungstermine	Unterschrift des Patienten

Patientenerklärung:

Mit der Dokumentation und Speicherung meiner persönlichen Daten im Rahmen der o.a. Schulung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten:
