



Schulungsverein  
zur Förderung  
von Gesundheit und Leben  
Baden-Württemberg e.V.

617 622 000

Spitzwiesenweg 2 | 73035 Göppingen

## Anmelde-Fax

Med.S. - Medizinische Schulungen Günther Haug

### Schulungen

für  
Patienten

mit

**Asthma/COPD**

**Bluthochdruck**

**Diabetes Typ 2**

Tel: 07161 - 949687

Fax: 07161 - 945 97 04

www.patientenschulungsverein.de

### Bitte zur Schulung unbedingt mitbringen:

**Überweisung** Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin

an **Schulungsverein** kurativ, Ausführung von Auftragsleistungen

**Diagnose:** Asthma / COPD / Hypertonie / Diabetes Typ 2 ohne/mit Insulin,

**Auftrag:** Schulung (Asthma, COPD, Hypertonie, Diabetes Typ 2)

**Versicherungskarte | Medikamentenplan | Peak-Flow-Meter\* | Blutzucker-Messgerät\* | RR-Messgerät\***

(\*falls vorhanden bzw. je nach Schulungsart)

Die **Schulung ist für Sie kostenlos**, wenn Sie im entsprechenden **DMP** eingeschrieben sind. Das ist ein Service Ihrer Krankenkasse. Sprechen Sie Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin bitte an.

### Erklärung zum Datenschutz und Corona Schnelltest:

Mit meiner Unterschrift auf dieser Anmeldung stimme ich der Verwendung und Speicherung meiner Daten zur Durchführung dieser Schulung/en, zur Dokumentation und zur Abrechnung nach DSGVO sowie zur Durchführung eines Corona-Schnelltestes pro Schulungsteil bzw. -termin zu.

### Anmeldung / Verordnung Patientenschulung für:

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

..... **Krankenkasse:** .....

( ) \* Asthma ( ) \* COPD  
( ) Mischform

( ) \* Diabetes Typ 2 mit Hypertonie

bzw. **Fettstoffwechselstörung**

bzw. **KHK, PAVK** („metabol. Syndrom“ )

( ) ohne Insulin ( ) mit Insulin

Welche/s Insulin/e: .....

( ) \* Bluthochdruck ( ) \* Diabetes Typ 2

**ohne Diabetes** **ohne Hypertonie**

Zutreffendes ankreuzen ( ) ohne Insulin ( ) mit Insulin

Ich melde mich verbindlich zur o.g. Patientenschulung an, respektiere die Verordnung meiner Ärztin / meines Arztes u. akzeptiere die o.g. Erklärung Datenschutz/Coronatest!

**Patienten-Unterschrift:** .....

Ort, Datum: .....

Telefon-

Nummer:

.....  
.....  
.....

Arztstempel und

Unterschrift