



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