# Patientenliste für die Grundschulung

# **Diabetes mellitus Typ 2** (nicht-insulinpflichtig)

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Schulungstermine

| | Datum | Uhrzeit |
|---|---|---|
| **Modul 1** | | |
| **Modul 2** | | |
| **Modul 3** | | |
| **Modul 4** | | |

## Schulungsteam

| | |
|---|---|
| **Ärztin/Arzt** | |
| **Diabetesberaterin/Diabetesberater** | |
| **Schulungsort**<br>Bezirk<br>Straße, Hausnummer<br>PLZ, Ort | |

## Patientinnen und Patienten

| **Vor- und Nachname** | **KV-Träger** | **Versicherungsnummer** inkl. Geburtsdatum | **Straße, Hausnummer, PLZ, Ort** | **Telefon** | **Ang** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |