Patientenliste für die Grundschulung
Diabetes mellitus Typ 2 (insulinpflichtig)

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Schulungstermine

	Datum	Uhrzeit
Modul 1		
Modul 2		
Modul 3		
Modul 4		
Modul 5		

Schulungsteam

Ärztin/Arzt	
Diabetesberaterin/Diabetesberater	
Schulungsort Bezirk Straße, Hausnummer PLZ, Ort	

Patientinnen und Patienten

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