ZIDA REMSTAL
ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN
DIABETOLOGIE · ALLGEMEINMEDIZIN

Praxisstempel

Fax-Nr.:07151-8200055

diabetes@zida-remstal.de

Patientenanmeldung zur Teilnahme an einer Diabetesschulung

Ist der Patient im DMP- Diabetes eingeschrieben? Ja ☐ Nein ☐

Hat Ihr Patient schon an einer Diabetesschulung teilgenommen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Schulung und wann: .....

Bitte gewünschte Schulungseinheit ankreuzen:

☐ Medias Basis ohne Insulin ☐ Zusatztermin BOT ☐ Medias ICT

Wunschtermin: .....

Wichtig! Bitte die Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Patienten angeben:

Name: .....

Handynummer: .....

Email: .....

....

Datum Unterschrift des überweisenden Arztes

Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an die Praxis ZIDA REMSTAL einverstanden und melde mich hiermit verbindlich zur Schulung an.

....

Datum Unterschrift des Patienten

ZIDA REMSTAL
Dr. med. M. Codagnone & Dr. med. G. Weisser PartG mbB
Karlstraße 21/23
71394 Kernen i. R.

Tel. 07151 820 00 0
Fax. 07151 820 00 55
info@zida-remstal.de
zida-remstal.de

Amtsgericht Stuttgart:
PR 721090
Umsatzsteuernummer:
90488/67229