

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



Dr. Anika Rosenbaum
Innere Medizin & Diabetologie

Anmeldung zur Schulung
Fax 0621 - 33 61 686

Telefon Nr. des Patienten _____

im DMP Ja Nein

Diabetes Typ1 Typ2 sonstige _____

Gewichtsprobleme Ja Nein

Diabetestherapie Ernährung _____

Orale Antidiabetika _____

Konventionelle Insulintherapie _____

Supplementierte Insulintherapie SIT _____

Basal unterstützte orale Therapie BOT _____

Friedrich-Ebert-Str. 39
68167 Mannheim

Tel.: +49 621 3 444 8
info@dr-rosenbaum.de

www.dr-rosenbaum.de

Öffnungszeiten

Mo 8-12 und 15-17 Uhr
Di 8-12 und 15-17 Uhr
Mi 8-12 Uhr
Do 8-12 und 15-17 Uhr
Fr 8-12 Uhr
und nach Vereinbarung

Gewünschte Schulung

ohne Insulintheapie Ja
für Patienten mit Diät und/oder oralen Antidiabetika
(4 Doppelstunden)

mit konventioneller Insulintheapie Ja
für Patienten mit 1-2 Spritzen Mischinsulin
(5 Doppelstunden)

mit intensiver Insulintheapie Ja
für Patienten mit Diabetes Typ 1 oder 2, welche die Insulindosen vor der Mahlzeit anpassen
(10 Doppelstunden in 5 bis 10 Sitzungen)

Medias 2 Ja
für Patienten mit Diabetes Typ 2 im mittleren Lebensalter ohne Insulintherapie
(8 Doppelstunden)

SIT Ja
für Patienten mit Diabetes Typ 2 und festen mahlzeitbezogenen Insulindosen
(5 Doppelstunden)

Hypertonieschulung Ja
für Patienten mit Diabetes und Hypertonie
(4 Doppelstunden)

Wünsche an die Schulung: _____

Datum _____ Unterschrift Praxis _____ Stempel _____

Mit der Überlassung meiner persönlichen Daten auf dieser Anmeldung an Dr. Rosenbaum zum Zwecke der Schulungsorganisation bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift des Patienten _____

