

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum, Arztunterschrift und Vertragsarztstempel

Disease Management Programme (DMP)

Antrag genehmigungspflichtige Nachschulung für ____ Unterrichtseinheiten

Für oben genannte(n) Versicherte(n) ist aufgrund folgender Gründe eine Nachschulung erforderlich:

Letzte Schulungsmaßnahme wurde durchgeführt am: _____

Die Nachschulung soll stattfinden am: _____

Art der Schulung:

- Diabetikerschulung ohne Insulintherapie
- Diabetikerschulung mit konventioneller Insulintherapie
- Diabetikerschulung mit supplementärer Insulintherapie (SIT)
- Diabetikerschulung mit intensivierter Insulintherapie (ICT)
- Hypertonieschulung
- Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
- Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche
- NASA = Schulungsprogramm für Erwachsene Asthmatiker
- COBRA = Schulungsprogramm für COPD-Patienten
- Rückantwort bitte per Fax an: _____

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist bei der Antragstellung das Einverständnis des Patienten erforderlich.

Die/Der oben genannte Versicherte stimmt der Antragstellung sowie der Übermittlung an die Krankenkasse zu:

Unterschrift Versicherte(r)

Von der Krankenkasse auszufüllen:

Die beantragte Nachschulung wird

genehmigt

nicht genehmigt, weil _____

Datum Stempel und Unterschrift

Bei der Übermittlung des Antrages an die zuständige Krankenkasse und die Rückmeldung an den Arzt sind die aktuellen Datenschutzvorgaben zu beachten!