

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

Anlage 13
zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 83 i. V. m. § 137f SGB V

Begleitbrief
Diabetiker – Versorgung in Rheinland-Pfalz

Quartal _____ / _____

Überweisung an: Schwerpunktpraxis / diabetologisch qualifizierten Arzt

Datum: _____

Überweisungsgrund:

- BZ-Einstellung RR-Einstellung HbA1C
 Schulung Ersteinstellung Sonstige

Vertragsarztstempel

Datum/Unterschrift des zuweisenden Arztes

Nebendiagnosen: _____

Problembeschreibung: _____

Eigene/Sonstige Befunde: _____

Krankenhauseinweisung erfolgt: ja nein Anlage

Befund an zuweisenden Arzt ;Datum: _____

- Erstkontakt
 Wiederholungskontakt

Vertragsarztstempel

Datum/Unterschrift der Schwerpunktpraxis/des diabetologisch qualifizierten Arztes

Diagnose(n): _____

Befund(e): _____

Durchgeführte Untersuchungen bzw. Maßnahmen: _____

(Therapie-) Ziel und Empfehlung: _____

Krankenhauseinweisung erfolgt: ja nein Anlage

Beurteilung: Therapieziel erreicht nicht erreicht non compliance