

Anlage 5.1

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

Jahresstatistik für _____* DMP Diabetes mellitus Typ 2 Ebene B

I. Teilnahme an diabetologischen Qualitätszirkeln

* Bitte Jahr eintragen

Datum	Name des Qualitätszirkels

II. Aktueller Personalstand

Name	Qualifikation (z.B. Diabetes-Assistentin oder -Beraterin)	Zeitl. Beschäftigungsumfang (bei Teilzeit genaue Stundenangabe erforderlich)

III. Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen des nichtärztlichen Personals

(bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

Praxisstempel, Unterschrift