

## Datenerfassungsblatt zum DMP Diabetes mellitus Typ II

Titel: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

*Ordinationsadresse:*

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Pol. Bezirk: \_\_\_\_\_

(01) Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

VP-Nr.: \_\_\_\_\_

(07) Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

Ich habe an der Grundschulung zum  
Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2 – „Therapie Aktiv“ (DMP DM2)  
am ..... teilgenommen und beabsichtige die Verrechnung von  
Leistungen im Rahmen des DMP DM2 – „Therapie Aktiv“ laut DMP DM2-Vereinbarung für  
Anspruchsberechtigte sämtlicher Krankenversicherungsträger in meiner Ordination  
ab .....

Kontodaten zur Verrechnung der DMP DM2-Leistungen:

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Für eventuelle Rückfragen bin ich wie folgt erreichbar:

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stampiglie, Unterschrift

