

TEILNAHME- und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2

Name, Vorname des Versicherten

□□□□□□□□□□

Versicherungsnummer

Versicherungsträger

Anschrift (Strasse / PLZ / Ort)

- Ich erkläre mich bereit, aktiv am Programm „Therapie Aktiv“ teilzunehmen. Ich werde gemeinsam mit meinem Arzt Therapieziele (mehr Bewegung, gesunde Ernährung, Rauchstopp, verbesserte Blutdruck- und Laborwerte, Gewichtsreduktion) vereinbaren und mich nach diesen Zielen richten.
- Ich bin einverstanden im Zuge des Programms diabetesrelevante Mitteilungen von der Sozialversicherung zu erhalten.
- Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen und scheidet mit dem Widerruf automatisch aus dem Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 aus.

Datum

Unterschrift des Versicherten

vom Arzt auszufüllen:

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Ort, Datum der Einschreibung

Unterschrift des „Therapie Aktiv“-Arztes

Name, Vertragspartnernummer

Anschrift

Ordinationsstempel