Adresse der zuständigen Krankenkasse:

Hinweis: Nachschulungsanträge sind direkt bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Die Adressen der Krankenkassen sind auf der Homepage der KV Sachsen beim jeweiligen Vertrag zu finden.

Antrag auf Nachschulung eines Patienten im Rahmen des DMP

- ☐ DMP Asthma bronchiale
- ☐ DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ☐ DMP Diabetes mellitus Typ 1
- ☐ DMP Diabetes mellitus Typ 2
- ☐ DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ☐ DMP Osteoporose

Datum der Antragstellung: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

_____

versichert bei: _____ Versicherungsnummer: _____

eingeschriebener DMP-Versicherter seit: _____

beantragte Schulung: _____ *(Abrechnungsnummer eintragen.)*

letzte Schulung: _____ *(Art, Quartal, Jahr)*

Begründung für die Nachschulung:

_____

_____

Anzahl geplanter Unterrichtseinheiten: _____

Besonderheiten: _____

Vertragsarztstempel und Unterschrift des antragstellenden Arztes:

---

nachfolgende Zeilen werden von der Krankenkasse ausgefüllt

Bestätigung der Nachschulung: ☐ja / ☐nein

Begründung bei „nein“: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift