

Patientenerklärung zur DMP-Teilnahme

Hiermit erkläre ich

geboren am

Versichert bei

Versichertennummer

dass ich mich in meiner Hausarztpraxis in folgendes Programm eingeschrieben habe: (bitte auswählen)

DMP Programm Diabetes Mellitus Typ 1

DMP Programm Diabetes Mellitus Typ 2

- Meine Teilnahme an den oben genannten Programmen habe ich nicht gekündigt.
- Eine Beendigung der Teilnahme am DMP Programm durch meine Krankenkasse ist mir nicht bekannt.
- Mit einer Weiterleitung dieser Erklärung an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Diese Angaben beziehen sich auf das Quartal.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben

Erlangen,

Unterschrift
