

**Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR**  
Geschäftsstelle, Postfach 10 06 36, 01076 Dresden

**DMP COPD**

**Nachschulung eines Patienten im Rahmen des DMP COPD**

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