

info@qpg.de  
Fax 0209-31988692

Anmeldung für eine  
**Schulung für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (ohne Insulin)**

Schulungsort: Sitzungsraum der Bezirksstelle Ärztekammer und  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Lübecker Str.17-19  
45889 Gelsenkirchen

4 Doppelstunden

Patient Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

\_\_\_\_\_

Telefonnr. Patient

Aktuelle Diabetesmedikation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit erlaube ich die Weitergabe meiner Daten an das QPG-  
Schulungszentrum im Zusammenhang mit der geplanten Schulung.

Praxisadresse/Stempel/Unterschrift

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient