

**DIE SVA ALS GESUNDHEITSVERSICHERUNG**

Name der antragstellenden Person	VSNR – Geburtsdatum
<p>Ich beantrage die Reduzierung meines Kostenanteiles für ärztliche Leistungen für meine intensive Diabetikerbetreuung, da diese gleichwertig mit dem „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Programm ist. Der folgende ärztliche Befund bestätigt dies.</p>	
..... Datum	..... Unterschrift der/des Versicherten

<b>Ärztliche Eintragungen</b>		<b>SVA</b>
Diabetes mellitus <i><b>nicht insulinpflichtig</b></i> seit		
Diabetes mellitus <i>insulinpflichtig</i> seit		
Betreuung wegen Diabetes seit		
Diabeteschulung: teilgenommen am		
BZ-Protokoll (Selbstmessung BZ)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<b>Datum</b>	<b>Wert</b>
Letzter BZ-Wert		
Letzter HBA1C-Wert		
Letzter Kreatinin-Wert		
Letzter Cholesterinwert: + Gesamt		
+ LDL/HDL		
Letzte Mikroalbuminbestimmung im Harn		
Letzte Augenkontrolle		
Letzte Fußkontrolle:		
+ Pulsstatus		
+ Sensibilität		
+ Deformität		
+ Zustand der Haut		
Blutdruckkontrolle		
Gewichtskontrolle		
<b>Ärztliche Bestätigung:</b>		
..... Datum	..... Ärztlicher Stempel und Unterschrift	