



Aktif tedavi-Kontrol altında şeker

KATILIM VE ONAY BİLDİRİSİ
Tip 2 şeker hastalığı kontrol programı

Soyadı, Adı

Sağlık sigorta numarası

Sağlık sigortası

Adres (sokak / bölge / şehir)

“Aktif tedavi” programına katılmak istiyorum. Doktorumla beraber tedavi hedefleri (daha fazla bedensel hareket, sağlıklı beslenmek, sigarayı bırakmak, daha iyi tansiyon ve kan testi değerleri, kilo vermek) için çaba göstereceğim.

Bu program çerçevesinde sosyal sigortalar kurumundan tarafıma şeker hastalığı ile ilgili bildirimler gönderilmesini kabul ediyorum.

Bu anlaşmadan her zaman yazılı olarak çıkabilirim ve bu şekilde otomatik olarak tip 2 şeker hastalığı kontrol programından çıkmış oluyorum.

Tarih

Sigortalının imzası

Doktor tarafından doldurulacak:

İlk kayıt

Doktor değiştirme

Yer/Zaman

„Aktif tedavi“ doktorunun imzası

Adı, Muayenehane numarası

Adres

Damga