

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>IKK classic</b>		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
<b>Betriebsstätten-Nr.</b>	<b>Arzt-Nr.</b>	<b>Datum</b>

*(Bitte offene Angaben in grauen Feldern ergänzen.)*

**Ärztliche Empfehlung für ein Kompaktangebot für Patienten mit Diabetes Typ 2 in der Sekundär- und Tertiärprävention nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung**

**Diagnose**

---



---

**Risikofaktoren / Bemerkungen**

---



---



---

Es liegen keine Grunderkrankungen vor, die eine Teilnahme an der verordneten Maßnahme ausschließen. Um eine Wiedervorstellung des Patienten nach Abschluss der Maßnahme wird gebeten. Der Patient / die Patientin ist ausreichend motiviert, an der oben genannten Maßnahme teilzunehmen.

- Aus medizinischer Sicht ist es erforderlich, dass folgende Person – Partner(in) bzw. Person aus der häuslichen Gemeinschaft – am Ernährungsteil des Kompaktangebotes teilnimmt:

---

Name, Vorname des/der Angehörigen

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Datenschutzhinweis für die versicherte Person:** Die IKK classic verwendet die hier erhobenen Daten, um zu prüfen, ob sie die Kosten für das o. g. genannte Angebot bezuschussen kann (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Die Daten werden zum Zweck des Nachweises der Teilnahme und der Überweisung des Rechnungsbetrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Der Verwendung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei der IKK classic widersprochen werden. Ohne die Angaben kann eine Bezuschussung der Rechnung nicht vorgenommen werden (§§ 67 a, b SGB X). Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)