

Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen

Inhalt

Das Schulungsprogramm Diabetes & Verhalten greift die Forderungen auf, stufentherapeutisch und verhaltensmedizinisch vorzugehen. Die Basis für die Vermittlung von Schulungsinhalten in der Gruppe ist die Förderung der Eigenmotivation des Patienten. Die Diabetesbehandlung wird gemeinsam mit dem Arzt auf die persönlichen Bedürfnisse und Umsetzungsmöglichkeiten des einzelnen Patienten abgestimmt. Konsequentes Selbstmanagement versetzt den Patienten in die Lage, die therapeutische Bandbreite der Diabetesbehandlung effizient zu nutzen und seine Blutzuckerwerte im Normbereich zu halten. Hierbei erprobt er seinen Behandlungsweg im Alltag und passt ihn in Rücksprache mit seinem Arzt kontinuierlich an. Die Diabetesbehandlung wird mit jedem Patienten individuell entwickelt. Das bedeutet, dass auch in der Gruppenschulung eine individuelle Patientenbehandlung stattfindet. Die strukturierte Schulung geht in eine Diabetesbehandlung über, die mit jedem einzelnen Patienten individuell entwickelt wird.

Das Behandlungs- und Schulungsprogramm ist vom BVA zertifiziert und für den Einsatz im DMP Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen und darüber hinaus auf Grundlage der Diabetesvereinbarung mit den Primärkassen in Niedersachsen für Diabetologische Schwerpunktpraxen abrechnungsfähig.

Referenten: Dr. med. Andreas Lueg, Facharzt für Innere Medizin
PD. Dr. med. Matthias Frank, Facharzt für Innere Medizin

Zielgruppe: Diabetologische Schwerpunktpraxen
Teilnehmeranzahl: 26
Seminartermin: Samstag, 30. November 2019, 9 bis 16 Uhr
Seminarort: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22 30175 Hannover

Fortbildungspunkte: 8
Teilnehmergebühr: 185 Euro pro Person inklusive Verpflegung und Unterlagen

Anmeldung: Heike Knief
KV Niedersachsen
Straße Hausnr. Berliner Allee 22
PLZ Ort 30175 Hannover
Telefon 0511 380-3379
Telefax 0511 380-4620
E-Mail seminarangebote@kvn.de

Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit _____ Person/en teil.

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.