

## **SGS - Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker im höheren Lebensalter (ab Vollendung des 65. Lebensjahres)**

### **Inhalt**

Das Schulungsprogramm ist an die alters- und krankheitsbedingten kognitiven, sensorischen und feinmotorischen Veränderungen angepasst. So hilft es den älteren Patienten, die Therapie selbständig durchzuführen und ihre Lebensqualität zu erhalten. Das Besondere an SGS: Lerninhalte und Didaktik sind seniorengerecht aufbereitet. Es gibt Wiederholungs- und Praxiselemente. Im Vordergrund steht die aktive Mitarbeit der Patienten. Konkretes bildliches Anschauungsmaterial, kurze Sätze und der Verzicht von Fremdwörtern erleichtern älteren Menschen das Lernen. Ebenso werden die sensorischen Einschränkungen im Alter berücksichtigt. Das Programm umfasst ohne Insulinbehandlung insgesamt 6 Schulungseinheiten à 45 Minuten, mit Insulinbehandlung 7 Schulungseinheiten.

Das Behandlungs- und Schulungsprogramm ist vom BVA zertifiziert und gemäß Diabetesvereinbarung Primärkassen in Niedersachsen für Diabetologische Schwerpunktpraxen abrechnungsfähig.

<b>Referenten:</b>	<b>Dr. med. Wilfried von dem Berge, Facharzt für Innere Medizin</b>
<b>Zielgruppe:</b>	Diabetologische Schwerpunktpraxen
<b>Teilnehmeranzahl:</b>	30
<b>Seminartermin:</b>	Samstag, 7. Dezember 2019, 9 bis 16 Uhr
<b>Seminarort:</b>	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
<b>Fortbildungspunkte:</b>	6
<b>Teilnehmergebühr:</b>	119 Euro pro Person inklusive Verpflegung und Unterlagen
<b>Anmeldung:</b>	Heike Knief KV Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
<b>Straße Hausnr.</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Telefon</b>	0511 380-3379
<b>Telefax</b>	0511 380-4620
<b>E-Mail</b>	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.**