

**Antrag auf Teilnahme der Diabeteseinrichtung
an dem Projekt „Diabetes und Schule/KiTa des Landes NRW“**

Name der Ambulanz/Praxis:	
Anschrift:	
Ansprechpartner/-in:	
Welche Mitarbeiter werden schulen:	Zahl Namen:
Das Schulungsangebot besteht seit:	
Durchschnittliche Anzahl der Schulungen pro Jahr:	
Art des Schulungsangebotes:	<input type="checkbox"/> Aufsuchende Schulung in der Kita bzw. Schule <input type="checkbox"/> Schulung in der Ambulanz/Praxis <input type="checkbox"/> Klassenfahrtbegleitungen
Diese Berufsgruppen führen die Schulungen durch:	<input type="checkbox"/> Diabetologe/Diabetologin <input type="checkbox"/> Diabetes-Berater/-in <input type="checkbox"/> Sonstige:
Zeitlicher Umfang der Schulung in Zeitstunden:	
Welches Curriculum wird verwendet? Inhaltliche Gestaltung der Schulung in Stichpunkten bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> EDUKIDS <input type="checkbox"/> DIDS <input type="checkbox"/> sonstiges
Einsatz von Medien / Infomaterialien:	
Erreichbarkeit für dringende Fragen / Notfallsituationen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, schreiben Sie bitte kurz, wie eine Kontaktaufnahme möglich ist:

Für Rückfragen: Pro Kid e.V., A. Disselnkötter Handy 0800-9646526.

Bitte nur an eine dieser Adressen schicken: Koordinierungsstelle Diab Schule NRW, Pro Kid e.V., Altes Feld 35, 58313 Herdecke, Email schule@prokid-herdecke.de oder Fax: 02302-9642-709

Pro Kid e.V., 14.10.19, Koord dok 9, Formular Konzept Ambulanzen (2).docx, Dr. D. Hilgard