

## DMP – Sterbefallmeldung

### An das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Fachbereich für Evaluation und Qualitätssicherung

Email: [evaluation-qs@zi.de](mailto:evaluation-qs@zi.de)

Postfach: Zentralinstitut, 40182 Düsseldorf

Tel. 0221-2585-4100

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass der folgende Patient/die folgende Patientin mit der

**DMP-Fallnummer**

**Geburtsdatum**

**Verstorben ist am**

Die Patientin/der Patient war eingeschrieben eingeschrieben im (zutreffende bitte ankreuzen):

**DMP Asthma**

**DMP Diabetes mellitus Typ 1**

**DMP Brustkrebs**

**DMP Diabetes mellitus Typ 2**

**DMP COPD**

**DMP KHK**

Ich bitte Sie, diese Patientin/diesen Patienten in den künftigen Erinnerungsschreiben an ausstehende Dokumentationen (Reminder) nicht mehr aufzuführen.

**Betriebsstättennummer**

**Praxisname**

**Postleitzahl**

**Ort**

**Straße und Hausnummer**

**Tel.**

**E-Mail**