

Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel/EAN. Nr.	
-------	------------------------------------	--

Der Patient/die Patientin wird direkt aufgeboten. Falls bereits ein Termin feststeht, kann die Anmeldung mitgegeben werden.

Patient/Patientin:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Tel.priv. _____ Tel.Gesch. _____ Natel _____

Krankenkasse _____ Vers. Nr. _____

- Diabetes:** Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Gestationsdiabetes
 Andere.....

Auftrag:

Umfassende Schulung und Instruktion: (Grundwissen, Ernährungsempfehlungen, Folgeerkrankungen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes & Autofahren, etc.)

Problembezogene Schulung und Beratung/ Technikkontrollen:
 (z.B. Umgang mit oralen Antidiabetica, Umstellung auf Insulin, Injektionstechnik, Hypoglykämie, etc.)

.....

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Weitere Diagnosen:.....

Befunde und Therapie:

Diabetes seit:

Blutzucker aktuell:	Grösse:	Orale Antidiabetica:	Dosierung bisher:	Dosierung neu:
HbA1c aktuell:	Gewicht:	1.		
Sonstiges:	Blutdruck:	2.		
Sensibilität der unteren Extremitäten:	rechts:	Insulin:		
	links:		1.	
		2.		

Therapieziele: (z.B. Blutzucker, HbA1c, Gewicht etc.)

Spezielle Probleme:.....

..... Adresse der Beratungsstelle

Ernährungsberatung angemeldet: ja nein

Rückmeldung schriftlich telefonisch kein Bericht nötig