

Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung		
Datum	Unterschrift Arzt/Stempel/EAN, Nr.	Ev. Unterschrift/Stempel Diabetesberaterin Hirslanden Klinik St. Anna Diabetesfachberatung St. Anna-Strasse 32 CH-6006 Luzern T 041 208 34 48 // F 041 208 35 99 diabetesberatung.stanna@hirslanden.ch

Der Patient/die Patientin wird direkt aufgebeten. 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 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:	3.		
	links:	Insulin:		
		1.		
		2.		

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

Spezielle Probleme:.....

.....
.....
.....
.....

Ernährungsberatung angemeldet: ja nein

Rückmeldung schriftlich telefonisch kein Bericht nötig