



Name: ..... Geb. Datum: .....

Vorname ..... Tel. P: .....

Adresse ..... Tel. G: .....

Wohnort ..... Hausarzt: .....

Krankenkasse: ..... Sektion: .....

Diabetes mellitus Typ ..... Erstdiagnose .....

Diabetische Folgeschäden: .....

.....

Kreislaufkrankungen: .....

.....

**Werte vor Beginn *Diafit* Programm**  
(Werte nicht älter als 2 Monate)

**Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren**

Werte durch Diafit St.Gallen zu erheben

Grösse: .....

Nikotin

Gewicht: .....

Arterielle Hypertonie

HbA1c: .....

Dyslipidämie

Gesamtcholesterin: .....

Stress    familiär     beruflich

HDL-Cholesterin: .....

Adipositas mit Bewegungsmangel

Triglyceride.....

Vererbung

Psyche     unauffällig .  auffällig

Grund:.....

Patient eher sportlich     Nein     Ja

Ergometrie (nicht älter als 2 Monate)     liegt bei     durch Diafit St.Gallen auszuführen

Hatte der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten eine kardiologische Untersuchung?

Nein     Ja                    wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen

**Medikamente/Dosierung**

.....

.....

.....

.....

**Bemerkungen**

.....

.....

.....

Datum:

Zuweisender Arzt:  
(Stempel + Unterschrift)