

## Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

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

*Ich biete den Patienten direkt auf. Falls bereits ein Termin feststeht, kann die Anmeldung mitgegeben werden.*

**Patient:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ erreichbar wann? \_\_\_\_\_

Diabetes: neu  bekannt seit: ..... Schwangerschaftsdiabetes

Weitere Diagnosen: .....

**Auftrag:**

**Umfassende Schulung und Instruktion:**

Schulung und Beratung allgemein (Grundwissen, Ernährungsempfehlungen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes-Gesundheitspass, etc.)

.....

**Problembezogene Schulung und Beratung/ Technikkontrollen:**

(z.B Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin etc.)

.....

**Wissensauffrischung:**

.....

(dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

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

**Befunde und Therapie:**

<b>Blutzucker aktuell:</b>	<b>Grösse:</b>	<b>Orale Antidiabetika:</b>	<b>Dosierung bisher:</b>	<b>Dosierung neu:</b>
		1.		
<b>HbA1c aktuell:</b>	<b>Gewicht:</b>	2.		
<b>Sonstiges:</b>	<b>Blutdruck:</b>	3.		
<b>Sensibilität der unteren Extremitäten:</b>	<b>rechts:</b>	<b>Insuline:</b>		
	<b>links:</b>	1.		
		2.		

Spezielle Probleme (z.B. Folgekrankheiten): \_\_\_\_\_

Ernährungsberatung angemeldet:  ja  nein

**Rückmeldung** erwünscht:  ja  schriftlich  / Fax  / telefonisch  **nein**