|  |
| --- |
|  |
| **Ärztliche Sprechstunde Endokrinologie** [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| **Name:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Vorname:** **Geburtsdatum:** **Strasse:** **PLZ/Ort:** **Telefon:** **Handy:** **Krankenkasse:**  |
| **Gewicht kg Grösse cm HbA1c % am** **Diabetes Typ seit** **Diabetesbehandlung:** orale Antidiabetika/GLP1-Analoga Insulin  Bekannte Folgeerkrankungen: [ ]  Nephropathie [ ]  Retinopathie  [ ]  Makroangiopathie [ ]  Neuropathie |
| **Kardiovaskuläre Risikofaktoren:** [ ]  **Arterielle Hypertonie behandelt mit** [ ]  **Dyslipidämie behandelt mit** [ ]  **Nikotin**Andere DiagnosenAndere Medikamente BemerkungenErnährungsberatung angemeldet ☐ Ja ☐ NeinBeratungsbericht erwünscht: [ ]  schriftlich [ ]  telefonisch [ ]  nicht nötigFür eine Kopie der bekannten Laborwerte (insb. HbA1c, Lipide, Kreatinin, Leberwerte, Mikroabluminurie) sind wir dankbar.  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift/Stempel des Arztes