|  |
| --- |
|  |
| **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 Diagnosen  Andere Medikamente    Bemerkungen  Ernährungsberatung angemeldet ☐ Ja ☐ Nein  Beratungsbericht erwünscht:  schriftlich  telefonisch  nicht nötig  Für eine Kopie der bekannten Laborwerte (insb. HbA1c, Lipide, Kreatinin, Leberwerte, Mikroabluminurie) sind wir dankbar. |

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

Unterschrift/Stempel des Arztes