

Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

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

Der Patient/die Patientin wird direkt aufgeboten. 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: ☐ 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.)

☐

Dieses KISIM Formular entspricht inhaltlich der PDF Vorlage der schweiz. Interessengruppe für Diabetesberatung.

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Weitere Diagnosen:

Befunde und Therapie:

Diabetes seit:

Blutzucker aktuell:	Grösse:	Orale Antidiabetica:	Dosierung bisher:	Dosierung neu:
		1.		
HbA1c aktuell:	Gewicht:	2.		
Sonstiges:	Blutdruck:	3.		
Sensibilität der unteren Extremitäten:	rechts:	Insulin:		
	links:	1.		
		2.		

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

Spezielle Probleme:

Adresse der Beratungsstelle

Ernährungsberatung angemeldet: ☐ ja ☐ nein

Rückmeldung ☐ schriftlich ☐ telefonisch ☐ kein Bericht nötig