

Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel/EAN. Nr.	Ev. Unterschrift/Stempel Diabetesfachberaterinnen Hirslanden Klinik St. Anna Diabetesfachberatung St. Anna- Strasse 32 CH- 6006 Luzern T 041 208 34 48 / F 041 208 35 99 diabetesberatung.stanna@hirslanden.ch
-------	------------------------------------	---

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.)

.....

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Weitere Diagnosen:.....

Befunde und Therapie:

Diabetes seit:

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

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

Spezielle Probleme:.....

.....
.....
.....

Ernährungsberatung angemeldet: ja nein

Rückmeldung schriftlich telefonisch kein Bericht nötig