

## Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel/EAN. Nr.	<b>Ev. Unterschrift/Stempel Diabetesfachberaterinnen</b> 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:	Dosierung bisher:	Dosierung neu:
HbA1c aktuell:	Gewicht:	1.		
Sonstiges:	Blutdruck:	2.		
Sensibilität der unteren Extremitäten:	rechts:	Insulin:		
	links:	1.		
		2.		

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

**Spezielle Probleme:**.....

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

Ernährungsberatung angemeldet:     ja     nein

**Rückmeldung**  schriftlich     telefonisch     kein Bericht nötig