

Zuweisung Diabetesberatung Waid

Anmeldung für

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Schulung über Diabetes | <input type="checkbox"/> Körperliche Aktivität | <input type="checkbox"/> Diabetes und Autofahren |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstkontrolle | <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | <input type="checkbox"/> Spätkomplikationen |
| <input type="checkbox"/> Insulinapplikation | <input type="checkbox"/> Instruktion Fusspflege | <input type="checkbox"/> Spezielle Situationen |

Patientenangaben

- Frau Herr

Name	Vorname
Telefon	E-Mail
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Arbeitgeber
Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung)	
Versicherungsnummer	Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat

Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name	Vorname
Praxisname	E-Mail*
Telefon*	Fax*
Strasse*	PLZ/Ort*
Datum	Unterschrift

*Nur bei Erstzuweisung notwendig

Befunde und Therapie

Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 Diabetes seit

Orale Antidiabetica	Blutzucker aktuell	Grösse
Insulin	HbA1c	Gewicht
Dosierung	Kreatinin	Blutdruck

Weitere Diagnosen

Ziel der Beratung

Bemerkungen

Bericht an Hausärztin/Hausarzt Schriftlich Telefonisch Kein Bericht notwendig

Beratungssprache Deutsch Französisch Italienisch Patientin/Patient bringt Dolmetscher mit