

Verordnung zur Diabetesberatung

Bitte möglichst elektronisch senden an: diabetes@spitalmaennedorf.ch

Personalien

Name				Vorname			
Strasse, Nr.				PLZ, Wohnort			
Telefon 1/ P				Telefon 2/ G			
Geburtsdatum	W	M		AHV-Nr.			
Grundversicherung				Zusatzversicherung			
Versicherungsklasse	Allg.	AD	EX	NPFL/Wahleingriff	Ja	Unfall*	
Totalupgrade auf				Selbstzahler	Ja	Krankheit	
				Depotbetrag	CHF		
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r				*falls ja, Arbeitgeber			
				PLZ, Ort			

Medizinische Angaben

Diagnose	Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Gestationsdiabetes Andere:
Relevante Nebendiagnosen	
Beratungsindikation	Neuentdecker Diabetes mellitus Hyperglykämische Entgleisung Hypoglykämische Entgleisung Neuentdeckter Gestationsdiabetes Patient äussert Wunsch auf eine Beratung Überprüfung des Selbstmanagment bei bestehendem Diabetes Fusspflege Andere:
Aktuelle Therapie -Orale Antidiabetika	
-Insulintherapie	
-HbA1c aktuell	

Andere Angaben

Therapieziel und Bemerkungen	
Beilagen	Verlaufsbericht Labor
Datum der Verordnung	Vorname, Name des Arztes

Ernährungsberatung bitte separat anmelden. Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

SMA0366

