

Verordnung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum

Zuweisender Arzt/Ärztin

Name		E-Mail	
Strasse		EAN-Nr.	
PLZ/Ort		Tel.Nr.	

Patient/Patientin

Name		Geb. Datum	
Strasse		Tel. Nr.	
PLZ/Ort		E-Mail	

Dolmetscher ☐ nein ☐ ja ☐ Sprachen

Diagnose: ☐ Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Diabetes mellitus Typ 2 ☐ Gestationsdiabetes ☐ Andere

☐ ED ☐ SSW ☐ ET

Befunde und Therapie:

Auftrag:

☐ **Umfassende Schulung und Instruktion:**
Grundwissen, Komplikationen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes & Autofahren, etc.

☐ **Spezifische Schulung und Beratung/Technikkontrollen:**
Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin, Injektionstechnik, Hypoglykämie, etc.

☐

Bemerkungen

Ernährungsberatung angemeldet ☐ ja ☐ nein

Kontakt: +41 62 746 51 51 / info@spitalzofingen.net