

Anmeldung Diabetes- / Ernährungsberatung

Fachbereich Endokrinologie / Diabetologie

Diabetesberatung

Ernährungsberatung

Patientendaten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse Nr.:	Versicherung:
PLZ/Ort:	Versicherungsnr.:
Telefon privat:	Telefon Geschäft:
Telefon mobile:	Sprache:

Zuweiser/-in

Name, Vorname:	Telefon:			
Strasse:	Fax:			
PLZ/Ort:	E-Mail:			
Rückmeldung:	E-Mail	schriftlich	telefonisch	keine

Diabetesberatung

Grundberatung	Hypoglykämie	spezielle Situationen
Blutzuckerselbstkontrolle	Hyperglykämie	(Reisen/Sport/Autofahren/Krankheit, etc.)
Insulintherapie/Injektionstechnik	Spätkomplikationen	Repetition
Nicht-Insulinbehandlung	Fusspflege	Kontrolle Material

Bemerkung:

Ernährungsberatung

Grundberatung	Kohlenhydrat-Schulung / funktionelle Insulintherapie
Gewichtsreduktion	Hypoglykämie
Repetition	spezielle Situationen (Auswärtsessen, Sport, Krankheit, etc.)

Bemerkung:

Krankheit

Krankheit:

Datum: Unterschrift:



Informationen für Beratende

Befunde und Therapie

Diabetes seit: Diabetes Typ: aktueller HbA1C:

Weitere (ernährungs-)relevante Diagnosen:

Medikation:

Hinweis

Für Therapieanpassungen ist der Zuweiser zuständig. Bei dringendem Bedarf und/oder auf Wunsch des Zuweisers kann die Beraterin die Endokrinologin/Diabetologin beiziehen.