SIDB GICID SBK/ASI
Schweizerische Interessengruppe für Diabetesfachberatung
Gruppo d'interesse svizzero degli infermieri consulenti in diabetologia
Groupe d'intérêts communs suisse d'infirmières/iers-conseil en diabétologie

santésuisse
Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

Verordnung und Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel/EAN. Nr.	PRAXIS FÜR DIABETES UND HORMONKRANKHEITEN BRIGITTE KIELIGER Diabetesfachberatung HöFa1	Weggisgasse 40 6004 Luzern T 041 418 64 18 F 041 418 64 16 www.praxis-kuehn.ch praxis-kuehn@hin.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: 1.	Dosierung bisher:	Dosierung neu:
HbA1c aktuell:	Gewicht:	2.		
Sonstiges:	Blutdruck:	3.		
Sensibilität der unteren Extremitäten:	rechts: links:	Insulin: 1.		
		2.		

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

Spezielle Probleme:.....

.....

.....

.....

Ernährungsberatung angemeldet: ☐ **ja** ☐ **nein**

Rückmeldung ☐ schriftlich ☐ telefonisch ☐ kein Bericht nötig