Anmeldeformular ambulante Diabetesberatung

Patient/-in:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:
Telefon / Natel:	Telefon G:
Garant:	Tessiner Code:

Diabetes:

☐ D.m. Typ 1	☐ D.m. Typ 2	☐ Gestationsdiabetes	☐ andere:
Diabetes seit:			
Weitere Diagnosen:			

Auftrag: ☐ Kurzberatung ☐ Längerfristige Begleitung

☐ **Umfassende Schulung und Instruktion:** Schulung und Beratung allgemein (Grundwissen, Bewegung Ernährungsempfehlungen, , Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes-Gesundheitspass, etc.)

☐ **Problembezogene Schulung und Beratung/Technikkontrollen:** (z.B. Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin, etc.)

☐ **Andere:**

Datum: **Zuweisender Arzt:**

(dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

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

Befunde und Therapie:

Blutzucker aktuell:	HbA1c aktuell:
Grösse:	Gewicht:
Orale Antidiabetika: 1. Dosierung: 2. Dosierung: 3. Dosierung:	Insuline: 1. Dosierung: 2. Dosierung:
Weitere Medikamente:	
Sonstiges:	

Spezielle Probleme (z.B. Folgekrankheiten):

Ernährungsberatung angemeldet: ☐ ja ☐ Nein

Rückmeldung erwünscht: ☐ ja schriftlich ☐ nein

Anmeldung Wil