

## Verordnung und Anmeldung zur Diabetesberatung

stationär  ambulant

**Patient:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Diabetes:  D.m. Typ 1  D.m. Typ 2  SS-D.m.  path. Gl. Toleranz Diabetes seit: \_\_\_\_\_

**Diabetesberatung**

**Grundinstruktion/Sicherheit**

- Umfassende Instruktion
- Problemorientierte Instruktion
- Schulung Fuss- u. Körperpflege
- Therapieumstellung

**Stoffwechselkontrolle**

- Führung Kontrollheft
- Blutzuckerselbstkontrolle

**Insulinbehandlung**

- Neueinführung
- Repetition
- Insulinanpassung

**Zur umfassenden Grundinstruktion gehört:**

Medizinische Grundkenntnisse der Erkrankung / Umsetzung im Alltag / Messwerte und Messmethoden / Hypo- und Hyperglykämien / besondere Situationen ( Sport, Freizeit, Autofahren etc.) / Hygiene und Prophylaxe von Folgeerkrankungen

**Wissensauffrischung:**

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Visum /

✂.....  
(dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

**Therapieziele:**

( z.B. Blutzucker, HbA1c, Gewicht etc.) \_\_\_\_\_

**Befunde und Therapie:**

<b>Blutzucker aktuell:</b>	<b>Grösse:</b>	<b>Orale Antidiabetika:</b>	<b>Dosierung bisher:</b>	<b>Dosierung neu:</b>
<b>HbA1c aktuell:</b>	<b>Gewicht:</b>	1.		
<b>Sonstiges:</b>	<b>Blutdruck:</b>	2.		
<b>Sensibilität der unteren Extremitäten:</b>	<b>rechts:</b>	3.		
	<b>links:</b>	<b>Insuline:</b>		
		1.		
		2.		

Weitere Diagnosen / Folgeerkrankungen: \_\_\_\_\_

Ernährungsberatung angemeldet:  ja  nein

Rückmeldung erwünscht:  schriftlich  Fax  telefonisch  kein Bericht nötig