Verordnung und Anmeldung zur Diabetesberatung

Adressdaten Diabetesberatung (bitte gewünschtes Spital auswählen)

Spital ☒ Altstätten ☐ Grabs ☐ Walenstadt

E-Mail: diabetesberatung.altstaetten@srrws.ch

Direktwahl +41 71 757 41 65

Patientendaten (Patientenetikette möglich)

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Tel. P: ..... Tel. G: ..... Krankenkasse: .....

(Anmeldung per Fax oder Post, biete den Patienten direkt auf)

Diabetes: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ spez. Typ ☐ SS ☐ path. Gl.-Toleranz Diabetes seit: .....

Weitere Diagnosen: .....

Auftrag:

☐ Umfassende Beratung und Schulung / Instruktion
Beratung und Schulung allgemein (Grundwissen, Ernährung, Bewegung, Selbstkontrolle, Injektion, Ausnahmesituationen etc.)

.....

.....

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

.....

.....

☐ Wissensauffrischung

Datum: ..... Unterschrift / Stempel Arzt: .....

(dieser Abschnitt geht zur Krankenkasse)

✂.....

(dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

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

Befunde und Therapie:

BZ aktuell:		Grösse:		Orale Antidiabetika:	Insulin:
HbA1c:		Gewicht:			
Sonstiges:		Blutdruck:			

Folgekrankheiten:	☐ keine	☐ Angiopathie	☐ Nephropathie	☐ periphere Neuropathie	☐ Retinopathie

Rückmeldung erwünscht: ja ☐ schriftlich ☐ / telefonisch ☐ / E-Mail ☐ Nein ☐

Besondere Situation des Patienten: .....