

Verordnung zur ambulanten Diabetesberatung

Zuweisender Arzt/Ärztin

| | | | |
|---------|----------------------|---------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Strasse | <input type="text"/> | EAN-Nr. | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort | <input type="text"/> | | |

Angaben zum Patient

| | | | |
|---------|----------------------|------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Strasse | <input type="text"/> | Geb. Datum | <input type="text"/> |
| PLZ/Ort | <input type="text"/> | Tel. Nr. | <input type="text"/> |
| | | E-Mail | <input type="text"/> |

Dolmetscher nein ja Sprachen

Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Gestationsdiabetes Andere

ED SSW ET

Befunde und Therapie:

Weitere Diagnosen:

Auftrag:

- Umfassende Schulung und Instruktion:** (Grundwissen, Folgeerkrankungen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes & Autofahren, etc.)
- Spezifische Schulung und Beratung/Technikkontrollen:** (z.B. Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin, Injektionstechnik, Hypoglykämie, etc.)
-

Bemerkungen

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist. Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.

Ernährungsberatung angemeldet: ja nein