

## Anmeldung zur Diabetes- und Ernährungsberatung ambulant

Name/Vorname: _____		Geb.datum: _____	
Adresse: _____			
Telefon Privat: _____		Telefon Geschäft: _____	
Sprache: _____		Beruf: _____	
Angehörige/Bezugspersonen: _____			

Diabetes mellitus Typ: _____ andere Diagnosen: _____ _____ Antidiabetika: _____ Insulin: _____ Einheiten: _____	bekannt seit: _____ Blutzuckerwerte: _____ HbA <sub>1c</sub> : _____ Grösse: _____ Gewicht: _____ Bemerkungen: _____
--	--

## Beratungsauftrag

Diabetesberatung	Ernährungsberatung
<input type="checkbox"/> <b>Basisinformation Diabetes mellitus:</b> Hyperglykämie Hypoglykämie Instruktion der korrekten Fusspflege bei Diabetes mellitus Folgekomplikationen <input type="checkbox"/> <b>Blutzucker-Selbstkontrollen:</b> <input type="checkbox"/> Neuinstruktion (Gerätenamen _____ ) <input type="checkbox"/> Überprüfung der Technik <input type="checkbox"/> <b>Insulininjektion:</b> <input type="checkbox"/> Neuinstruktion <input type="checkbox"/> Überprüfung der Technik <input type="checkbox"/> <b>Beurteilung durch die Fachärztin/arzt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Basisinformation</b> Grundlagen der Diabetesernährung Ernährungslehre individueller Tagesplan Küchentechnik Spezialprodukte Hypoglykämie <input type="checkbox"/> <b>aussergewöhnliche Situationen</b> Sport Reisen/Auswärtsessen Krankheit

Rückmeldung:  mündlich  schriftlich

KSBL-Bh 102912 November 2013 10 Blocks

