

Anmeldung zur Diabetes- und Ernährungsberatung ambulant

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

Diabetes mellitus Typ: _____	bekannt seit: _____
andere Diagnosen: _____	Blutzuckerwerte: _____
_____	HbA _{1c} : _____
Antidiabetika: _____	Grösse: _____ Gewicht: _____
Insulin: _____	Bemerkungen:
Einheiten: _____	

Beratungsauftrag

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

Rückmeldung: mündlich schriftlich

Datum: _____ Unterschrift/Stempel: _____

