# Überweisung

**Patientenangaben**

Name / Vorname:       Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. P.:       Mobile:

Nationalität / Sprache:

**Zuweisungsdiagnose**:

# Anmeldung für

**konservative Stoffwechsel- / Lebensstil-Intervention** (vorläufig keine Bariatrie)

**Bariatrie evaluieren**

**Thuner Diabetes Programm (ambulante, kassenpflichtige Rehabilitation)**

**Status**

**ADiMet**

Fachgruppe

Stoffwechsel, Diabetes,

Ernährung und Adipositas

Koordinationsstelle / Medizinisches Ambulatorium

Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun

Tel Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 90

Fax Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 91

adimet@spitalstsag.ch

www.spitalstsag.ch

Gewicht:       cm Grösse:       kg BMI:       kg/m2

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diabetes mellitus |  | Prä-DM  Typ 1  Typ 2 |  | ED (Jahr): |
|  | Art. Hypertonie seit |  | Adipositas |  | progredient |
|  | Dyslipidämie |  | Bewegungsmangel |  | sportlich trainiert |
|  | Stress  familiär  berufl. |  | Belastete Familienanamnese für: | | |
|  | Schlafapnoe (OSAS) |  | Tabak       py |  | sistiert seit |

**Diabetische Folgeschäden**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| makrovaskulär: |  | KHK |  | PAVK |  | Insult / CVI |
| mikrovaskulär: |  | Nephropathie |  | Polyneuropathie |  | Retinopathie |
|  |  | Erektile Dysfunktion |  | Autonome Dysregulation |  |  |

**HbA1c (DCCT):**      % am      **Vorwerte:**      % am     **;**      % am     **;**      % am

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Insulin** seit: | Basis-Insulin | Präparat / Einheiten / Zeitpunkt |
| Mischinsulin | Präparat / Einheiten / Zeitpunkt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bolus /Mahlzeiten-I. | Präparat / Einheiten / Zeitpunkt | |
| **GLP-1** | Parenterale Inkretinomimetica | Präparat / Dosierung / seit | |
| **Orale Anti-diabetika** | Präparat / Dosierung / seit | | Präparat / Dosierung / seit |
| Präparat / Dosierung / seit | | Präparat / Dosierung / seit |

**Übrige Medikamente:**  siehe separate Beilage

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diabetes-Patienten:**  Einstellbarkeit Diabetes: |  | einfach |  | wechselnd |  | schwierig |  |  |
| Hypoglykämien: |  | nie |  | selten |  | gelegentlich |  | häufig |
| BZ-Selbstmessung: |  | nein |  | ja |  | Gerät: | | |
| Compliance / Adherence |  | einfach |  | wechselnd |  | schwierig |  | |

**Hausärztliche Begründung / Unterstützung der Anmeldung** (Ziele, Wünsche, Bemerkungen)

**Übrige medizinische Diagnosen** ( möglichst mit Datum;  siehe separate Beilage )

**Störungen des Bewegungsapparates / OP** ( mit Datum;  siehe separate Beilage )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Psyche / Umgang** |  | unauffällig |  | auffällig |  | belastet |  | schwierig |

**Bitte lassen Sie uns vorhandene Unterlagen zukommen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bericht zu |  | Kardiologie |  | Labor |
|  | BZ-Dokumentation |  |  |  |  |
|  | Kommentar / Hinweis: |

Datum: Unterschrift und Stempel der/des zuweisenden Ärztin / Arztes: