

Stempel zuweisende/r Arzt/Ärztin:

Datum:

Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Einbezug des Facharztes Diabetologie / Endokrinologie erwünscht Ja Nein

Die Beratung wird in Deutsch durchgeführt – bei fremdsprachigen Patienten ohne Deutsch-Kenntnisse bitten wir den Auftraggeber einen kompetenten Dolmetscher zu organisieren.

Angaben Patient/in:

Name: Vorname:

Adresse:

Geb. Datum:

Krankenkasse:

Telefon Privat: Mobile: Geschäft:

E-Mail:

Diagnose: DM Typ 1 DM Typ 2 Gestationsdiabetes Andere:

ED: Bei GDM, SSW: Bei GDM, Geburtstermin:

Anmeldung zur ambulanten Ernährungsberatung erfolgt mit einem separaten Formular: erledigt

Therapie: Bitte aktuelle Medikamentenliste beilegen
 Labor: Bitte aktuelle Laborwerte beilegen

Therapieziel:

Beratungsauftrag: (bitte ankreuzen)

1. Grundinstruktion <input type="checkbox"/> Grundwissen <input type="checkbox"/> Umsetzung im Alltag <input type="checkbox"/> Hypo-/ Hyperglykämie <input type="checkbox"/> Tagesplan <input type="checkbox"/> besondere Situationen (Sport, Freizeit, Autofahren, Augenarzt, Reisen etc.) <input type="checkbox"/> Hygiene, Fusspflege <input type="checkbox"/> Prophylaxe von Spätfolgen	2. Stoffwechsel-Selbstkontrolle <input type="checkbox"/> Führung eines Kontrollhefts <input type="checkbox"/> Urintest / Ketontest <input type="checkbox"/> Blutzucker-Selbstkontrolle <input type="checkbox"/> FGM und CGM Instruktion 3. Medikamentenbehandlung <input type="checkbox"/> Arten <input type="checkbox"/> Wirkung <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> GLP-1-Analoga	4. Insulin-Behandlung <input type="checkbox"/> Neueinführung <input type="checkbox"/> Repetition, Technikkontrolle <input type="checkbox"/> Kenntnisse (Wirkung, Arten, Aufbewahrung) <input type="checkbox"/> Basis Bolus <input type="checkbox"/> Funktionelle Intensivierte Insulintherapie (FIT) <input type="checkbox"/> Glukagon – Schulung <input type="checkbox"/> Insulinpumpenschulung
---	---	--

Rückmeldung erwünscht: Ja, elektronisch telefonisch nein