# 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: