

ANMELDUNG ZUR DIABETESBERATUNG

Ein diabetologisches Konsilium melden Sie bitte direkt im Endozentrum Bern an.

Tel. +41 31 343 40 40 während resp. Tel. +41 77 524 35 86 ausserhalb der Praxisöffnungszeiten

Name / Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Wohnort

Telefon Mobile

Krankenkasse Zuweisung durch

Diabetes bekannt seit Typ 1 Typ 2 Schwangerschaftsdiabetes andere

Weitere Diagnosen

Spezielle Probleme / Folgekrankheiten:

Auftrag

Umfassende Schulung und Instruktion

Schulung und Beratung allgemein

(Grundwissen, Einfluss der Ernährung auf den Diabetes, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen)

Problembezogene Schulung und Beratung / Technikkontrollen

z. B. Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin etc.

Wissensauffrischung

Ernährungsberatung angemeldet stattgefunden

Rückmeldung erwünscht Brief Mail Telefon keine

Datum: Unterschrift Arzt / Ärztin Stempel EAN. Nr. ZSR NR.



LINDENHOFGRUPPE

ZUSÄTZLICHE INFORMATION FÜR DIE ANMELDUNG ZUR DIABETESBERATUNG

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobile

Krankenkasse

Zuweisung durch

Grösse

Gewicht

Blutzucker aktuell

HbA_{1c}:

Sensibilität der unteren Extremitäten

rechts:

links:

Orale Antidiabetika

GLP1 Analaoga

Insulin

Datum:

Unterschrift Arzt / Ärztin Stempel EAN. Nr. ZSR NR.