

Beratungsstelle:

Verordnung zur Ernährungs- und Diabetesberatung gem. Art. 9b Abs. a und 9c KLV

Personalien:

Name: Geb.datum: Geschlecht:
Vorname: Telefon:
Strasse:
PLZ/Wohnort: / Mail:
Krankenkasse:

Vers. Nr.: Hausarztmodell:
Diagnose (oder ICD Code): ICD-10-Code:

Diabetesberatung

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> allg. Schulung über Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Folgeerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstkontrolle | <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | <input type="checkbox"/> spez. Situationen |
| <input type="checkbox"/> Urinzuckerselbstkontrolle | <input type="checkbox"/> Fusspflege | <input type="checkbox"/> Auto/Reisen/Sport |

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

Ernährungsberatung

- | | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Qualitative Diabetesernährung: | <input type="checkbox"/> mit Gewichtsreduktion | <input type="checkbox"/> ohne Gewichtsreduktion | | |
| | <input type="checkbox"/> anzustrebendes Zielgewicht | | | |
| <input type="checkbox"/> Quantitative Diabetesernährung: | <input type="checkbox"/> 1200 kcal | <input type="checkbox"/> 1600 kcal | <input type="checkbox"/> 2000 kcal | <input type="checkbox"/> 2400 kcal |

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

Arzt:

Tel.:
Fax:
ZSR:
EAN:

Datum: Pat. aufbieten Pat. hat Termin am:

Befunde und Therapie

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Orale Antidiabetica:	Blutzucker aktuell:	Triglycerid:
Insulin:	HbA1c:	Grösse:
Kreatinin normal:	Gesamtcholesterin:	Gewicht:
Kreatinin patho.:	HDL:	Blutdruck:

Andere, für die Beratung relevante Befunde:

Bericht an Hausarzt: schriftlich telefonisch kein Bericht notwendig
Beratung in: deutsch französisch italienisch bringt Dolmetscher mit