**Personalien**

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       Versicherung:

Adresse:       Tel. P / G:

PLZ / Ort:       Mobile:

Patient aufbieten  Patient aufbieten Patient hat Termin am:

**Angaben zur Diabeteserkrankung**

Typ 1  Typ 2  Gestationsdiabetes: Ergebnisse oGTT: BZ nüchtern:       BZ pp:

Bekannt seit:       Letztes HbA1c:      %

Grösse:       cm Gewicht:       kg BMI:

Behandelt mit:

Diät

Tabletten

Insulin(e) Basis:

Bolus:

**Beratungsziel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| allg. Schulung über Diabetes |  |  | Körperliche Aktivität |  | Diabetes & Autofahren |
| Blutzuckerselbstkontrolle |  |  | Hypo- / Hyperglykämie |  | Spätkomplikationen |
| Insulin spritzen |  |  | Instruktion Fusspflege |  | Spezielle Situationen |
|  |  |  | |  |  |

Ernährungsberatung:  Ja  bereits angemeldet  nein  nach Absprache

**Bemerkungen**

Bericht:  mündlich  schriftlich  nicht notwendig

Datum:       **Zuweisende-/r Ärztin / Arzt**

(Stempel / Unterschrift)