**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)