

Verordnung zur Diabetes- und Ernährungsberatung gem. Art. 9c und 9b Abs. a KLV

Personalien: (ev. Klebeetikette)

Name/Vorname

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Krankenkasse:

Adresse:

Diagnose (oder ICD Code)

Geb. Datum:

Tel. privat:

Natel:

Tel. Geschäft:

AHV-Nr.:

Hausarzt-Model:

Diabetesberatung

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> allg. Schulung über Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Spätkomplikationen |
| <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 | Zielgewicht: | | |
| | <input type="checkbox"/> ohne Gewichtsreduktion | | | |
| <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:

(Unterschrift, Stempel ZSR Nr.)

- Pat. aufbieten**
 Pat. hat einen Termin am:

Datum:

Therapie/Dosierung:

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

OAD:

Blutzucker aktuell:

Grösse:

HbA1C:

Gewicht:

Gesamtcholesterin:

Blutdruck:

Insulin:

HDL:

Kreatinin: normal

Triglycerid:

patholog

Andere Bemerkungen:

Beratung in deutsch franz. ital. engl. bringt Dolmetscher mit

Bestätigung-Fax nach der 1. Beratung & schriftlichen Bericht nach Beratungszyklus