diabetesostschweiz

c/o Medizinisches Zentrum

Marktplatz 9, 9400 Rorschach

Tel. 071 223 67 67

Fax 071 223 58 92

**Verordnung zur Ernährungs- und Diabetesberatung gem.** Art. 9b Abs. a und 9c KLV
(kann dem Patienten mitgegeben werden)

**Personalien:** (evtl. Klebeetikette)

Name/Vorname:       Geb. Datum:

Strasse:       Tel. Privat:

PLZ/Wohnort:       Tel. Geschäft:

Krankenkasse:       Vers. Nr.

Diagnose (oder ICD Code)

[ ]  **Diabetesberatung**

[ ]  allg. Wissen über Diabetes [ ]  Hyperglykämie [ ]  Folgeerkrankungen

[ ]  Blutzuckerselbstkontrolle [ ]  Hypoglykämie [ ]  spez. Situationen

[ ]  Insulin/-spritzen [ ]  Pflege der Füsse [ ]  Auto/Reisen/Sport

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

[ ]  **Ernährungsberatung**

[ ]  Qualitative Diabetesernährung: [ ]  mit Gewichtsreduktion

 [ ]  ohne Gewichtsreduktion

 [ ]  anzustrebendes Zielgewicht

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

**Arzt:** (Stempel, Unterschrift und ZSR Nr.)

Datum

………………………………………………………………………………………………………….................

**Befunde und Therapie:** (Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Orale Antidiabetica:       Blutzucker aktuell:       Triglycerid:

Insulin:       HbA1C:       Grösse:

Dosierung:       Gesamtcholesterin:       Gewicht:

HDL:       Blutdruck:

**Andere, für die Beratung relevante Befunde:**

Bericht an Hausarzt: [ ]  schriftlich [ ]  telefonisch [ ]  per E-Mail

Beratung in der Sprache [ ]  deutsch [ ]  ital. [ ]  bringt Dolmetscher mit