

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