

**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**

- |                                                     |                                           |                                            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allg. Wissen über Diabetes | <input type="checkbox"/> Hyperglykämie    | <input type="checkbox"/> Folgeerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstkontrolle  | <input type="checkbox"/> Hypoglykämie     | <input type="checkbox"/> spez. Situationen |
| <input type="checkbox"/> Insulin/-spritzen          | <input type="checkbox"/> Pflege der Füsse | <input type="checkbox"/> Auto/Reisen/Sport |

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

 **Ernährungsberatung**

- |                                                         |                                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Qualitative Diabetesernährung: | <input type="checkbox"/> mit Gewichtsreduktion      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> ohne Gewichtsreduktion     |
|                                                         | <input type="checkbox"/> 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:    | <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> per E-Mail             |
| Beratung in der Sprache | <input type="checkbox"/> deutsch     | <input type="checkbox"/> ital.       | <input type="checkbox"/> bringt Dolmetscher mit |