

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 |