



## Anmeldung DIAfit - Rehabilitationsprogramm

### Patientenangaben

Name	PLZ/Ort
Vorname	Telefon
Geburtsdatum	Krankenkasse
Adresse	Hausarzt

Diabetes mellitus Typ	Erstdiagnose
-----------------------	--------------

Diabetische Folgeschäden

Kreislaufferkrankungen

Patient eher sportlich  ja  nein

Hatte der Patient in den letzten 6 Monaten eine kardiologische/angiologische Untersuchung?  ja  nein  
(Wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen.)

Medikamente/Dosierung

Bemerkungen

Ort, Datum	Zuweisender Arzt
------------	------------------

Stempel und Unterschrift