



Ärztliche Verordnung Diabetesberatung

Name	Tel mobil
Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Adresse	<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Tel privat	

Diagnose

Diabetesbedingte Folgeschäden

Medikamente inkl. Diabetestherapie

Bemerkungen

Diabetestyp

<input type="checkbox"/> Diabetestyp 1 seit	<input type="checkbox"/> andere Diabetesformen
<input type="checkbox"/> Diabetestyp 2 seit	<input type="checkbox"/> aktuelles HbA _{1c} %

Art der Instruktion

<input type="checkbox"/> Neuinstruktion	<input type="checkbox"/> Auffrischen
<input type="checkbox"/> Therapieeinstellung/-umstellung auf	

Grundwissen

<input type="checkbox"/> Anatomie/Glukose/Insulin	<input type="checkbox"/> Diabetesfolgen/Vermeidung
<input type="checkbox"/> Hypo-/Hyperglycämie	<input type="checkbox"/> Anderes

Technik

<input type="checkbox"/> Blutzucker-Selbstmessung	<input type="checkbox"/> Insulin Spritztechnik
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	<input type="checkbox"/> Injektionsstellen/Wechsel
<input type="checkbox"/> Messgerät: <input type="checkbox"/> Handhabung <input type="checkbox"/> geeignetes Gerät	<input type="checkbox"/> Injektionsmaterial
	<input type="checkbox"/> Tagebuchführung

Medikamente

<input type="checkbox"/> Wirkung Insulin	<input type="checkbox"/> Wirkung Tabletten
<input type="checkbox"/> Aufbewahrung Insulin	<input type="checkbox"/> Anderes

Besondere Massnahmen

<input type="checkbox"/> Fusspflege	<input type="checkbox"/> Verhalten beim Sport
<input type="checkbox"/> Verhalten beim Reisen	<input type="checkbox"/> Diabetestherapie im Alltag
<input type="checkbox"/> Verhalten beim Autofahren	

Wünsche

<input type="checkbox"/> Konsultation bei Diabetologin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keine Konsultation bei Diabetologin	<input type="checkbox"/>

Datum	Name
	Stempel und Unterschrift