



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 |