



## Anmeldung Diabetesberatung

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

<b>Kostenträger</b>	Vers.-Nr.	Unfall-Nr./-Dat.	/
Versicherung			

**Diagnose(n)**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Grösse Gewicht HbA1c

**Aktuelle Medikamente**

**Instruktion**

<input type="checkbox"/> Grundwissen Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insulininjektion/Spritztechnik	<input type="checkbox"/> Fusspflegeinstruktion
<input type="checkbox"/> Verhaltensregeln	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/> Pumpeninstruktion

**Bemerkungen**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Rückmeldung Instruktionsverlauf**

Schriftlich  Telefonisch  Nicht nötig

**Zuweisender Arzt**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Datum Tel. Fax

GLN ZSR

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.