



Anmeldung Diabetesberatung

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

Kostenträger	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		
<input type="checkbox"/> Schriftlich	<input type="checkbox"/> Telefonisch	<input type="checkbox"/> Nicht nötig

Zuweisender Arzt		
Datum	Tel. GLN	Fax ZSR

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