

**Beratungsstelle:**

**Verordnung zur Ernährungs- und Diabetesberatung gem. Art. 9b Abs. a und 9c KLV**

**Personalien:**

Name: Geb.datum: Geschlecht:  
Vorname: Telefon:  
Strasse:  
PLZ/Wohnort: / Mail:  
Krankenkasse:

Vers. Nr.: Hausarztmodell:  
Diagnose (oder ICD Code): ICD-10-Code:

**Diabetesberatung**

- |                                                       |                                          |                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allg. Schulung über Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Folgeerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstkontrolle    | <input type="checkbox"/> Hypoglykämie    | <input type="checkbox"/> spez. Situationen |
| <input type="checkbox"/> Urinzuckerselbstkontrolle    | <input type="checkbox"/> Fusspflege      | <input type="checkbox"/> Auto/Reisen/Sport |

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

**Ernährungsberatung**

- |                                                          |                                                     |                                                 |                                    |                                    |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Qualitative Diabetesernährung:  | <input type="checkbox"/> mit Gewichtsreduktion      | <input type="checkbox"/> ohne Gewichtsreduktion |                                    |                                    |
|                                                          | <input type="checkbox"/> anzustrebendes Zielgewicht |                                                 |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> Quantitative Diabetesernährung: | <input type="checkbox"/> 1200 kcal                  | <input type="checkbox"/> 1600 kcal              | <input type="checkbox"/> 2000 kcal | <input type="checkbox"/> 2400 kcal |

Ziel der Beratung:

Bemerkungen:

**Arzt:**

Tel.:  
Fax:  
ZSR:  
EAN:

Datum:  Pat. aufbieten  Pat. hat Termin am:

**Befunde und Therapie**

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

Orale Antidiabetica:	Blutzucker aktuell:	Triglycerid:
Insulin:	HbA1c:	Grösse:
Kreatinin normal:	Gesamtcholesterin:	Gewicht:
Kreatinin patho.:	HDL:	Blutdruck:

Andere, für die Beratung relevante Befunde:

Bericht an Hausarzt:  schriftlich  telefonisch  kein Bericht notwendig  
Beratung in:  deutsch  französisch  italienisch  bringt Dolmetscher mit