

**Verordnung zur Ernährungs- und Diabetesberatung** gem. Art. 9B Abs. A und 9c KLV

Frau  Herr

Name  Geb.-Datum

Strasse  Tel. Privat/Mob

PLZ / Ort  Tel. Gesch.

Krankenkasse  E-Mail

Diagnose  seit

Diabetes mellitus  Typ 2  Typ 1  Gestationsdiabetes  andere

**Diabetesberatung**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> allg. Schulung über Diabetes  | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen      | <input type="checkbox"/> Spätkomplikationen |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstkontrolle     | <input type="checkbox"/> Tablettenbehandlung  | <input type="checkbox"/> Pumpenschulung     |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie                  | <input type="checkbox"/> Fusspflege           | <input type="checkbox"/> CGM / FGM          |
| <input type="checkbox"/> spez. Situationen / Krankheit | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |   |

Bemerkungen/Ziele

**Ernährungsberatung**

- allg. Schulung über diabetesgerechte Ernährung
- Gewichtsreduktion erwünscht
- Vertiefung der KH-Kenntnisse
- Repetition

Bemerkungen/Ziele

**Ärztin/Arzt:** (Datum, Stempel, Unterschrift und KSK Nr.)

✂ .....

(Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

**Befunde und Therapie**

Orale Antidiabetica:	Blutzucker nü:	<input type="text"/>	Blutdruck:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Blutzucker pp:	<input type="text"/>	Gesamtcholesterin:	<input type="text"/>
	HbA <sub>1</sub> C:	<input type="text"/>	HDL:	<input type="text"/>
Insulin:	Gewicht:	<input type="text"/>	LDL:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Grösse:	<input type="text"/>	Triglycerid:	<input type="text"/>

Andere relevante Befunde:

- Tel. Termin vereinbaren
- Bericht an Hausarzt:  schriftlich  telefonisch  kein Bericht notwendig