

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

Frau Herr

Name Geb.-Datum

Strasse Tel. Privat/Mob

PLZ / Ort AHV Nr.

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 ₁ 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