

Verordnung zur Ernährungs- und Diabetesberatung gem. Art. 9b Abs. a und 9cKLV

Personalien: (ev. Klebeetikette)

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____ T privat: _____
 PLZ/Wohnort: _____ T Geschäft: _____
 Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nummer: _____
 Adresse: _____ Hausarzt-Model: _____
 Diagnose (oder ICD Code): _____

- Diabetesberatung**
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> allg. Schulung über Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Spätkomplikationen |
| <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: (Stempel, Unterschrift und ZSR Nr.)

Datum

.....

Befunde und Therapie: (Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle)

| | | |
|----------------------|---------------------|--------------|
| Orale Antidiabetica: | Blutzucker aktuell: | Triglycerid: |
| Insulin: | HbA1C: | Grösse: |
| Dosierung: | Gesamtcholesterin: | Gewicht: |
| | HDL | Blutdruck: |

Andere, für die Beratung relevante Befunde:

- Bericht an Hausarzt: schriftlich telefonisch kein Bericht notwendig
 Beratung in deutsch franz. ital. bringt Dolmetscher mit