SpitalTafers
Medizinische Beratungsdienste
Maggenberg 1
Postfach
1712 Tafers
Tel. 026 494 44 11
Fax 026 494 44 21

Anmeldung zur Diabetesberatung		
Name: **Vorname**:	**Adresse:** **Telefon**:	**Geburtsdatum**: **Hausarzt**:

Angaben zum Diabetes		
☐ Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2 ☐	☐ neu entdeckt ☐ bekannt seit	BZ nü: mmol/l HbA1c: % (IFCC) % (NGSP)
Spätkomplikationen ☐ Polyneuropathie ☐ Nephropathie ☐ Retinopathie ☐ KHK ☐ CVI ☐ pAVK	**Behandlung** ☐ orale Antidiabetika:	☐ Insulin: (Produkt/Dosis)
	☐ Betablocker ☐ weitere Antihypertensiva ☐ Salicyate ☐ Lipidsenker	☐ Steroide: mg / Tag ☐ Antidepressiva ☐ Analgetika ☐ weitere:

Gewünschte Beratungsthemen

☐ Standortbestimmung / Repetition
☐ Grundinformationen
☐ Blutzuckerselbstkontrolle
☐ Zielwerte, HbA1c
☐ Insulin-Neueinstellung: Insulinwirkung, Injektionstechnik, BZ-Selbstkontrolle, Hypoglykämie
☐ Hypoglykämie: Prävention, Zeichen, Ursachen, Behandlung, Auto fahren, Bewegung, Sport
☐ Hyperglykämie: Prävention, Zeichen, Ursachen, Behandlung, Verhalten bei Krankheit
☐ Prävention vom Komplikationen: Anleitung zur Fusspflege, Info zu Kontrolluntersuchungen
☐ weiteres:

☐ **Ernährungsberatung wurde angemeldet** (bitte separates Formular benutzen)

Bemerkungen:

Rückmeldung	☐ nein	☐ ja, schriftlich	☐ ja, telefonisch
Datum:		Unterschrift / Stempel:	