

Arzt/Stempel:

Datum:

## Anmeldung zur ambulanten Diabetesberatung

Einbezug von Dr. med. D. Noth, Konsiliararzt Diabetologie / Endokrinologie erwünscht  Ja  Nein

Die Beratung wird in Deutsch durchgeführt – bei fremdsprachigen Patienten ohne Deutsch-Kenntnisse bitten wir den Auftraggeber einen kompetenten Dolmetscher zu organisieren.

### Angaben zu Patient:

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Geb. Datum: ..... Zivilstand: .....

Krankenkasse: ..... Beruf: .....

Telefon Privat: ..... Mobile: ..... Geschäft: .....

Diagnose: ..... bekannt seit: .....

Diab. Spätfolgen: .....  
 .....

Anmeldung zur ambulanten Ernährungsberatung erfolgt mit einem separaten Formular

Therapie: **Bitte aktuelle Medikamentenliste beilegen**

Labor: **Bitte aktuelle Laborwerte beilegen**

Therapieziel: .....

Beratungsauftrag: .....  
 .....

### Schulungsangebot der Diabetesberatung

<b>1. Grundinstruktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medizinisches Grundwissen</li> <li>• Umsetzung im Alltag</li> <li>• Hypo-/ Hyperglykämie</li> <li>• Tagesplan</li> <li>• besondere Situationen (Sport, Freizeit, u.ä.)</li> <li>• Hygiene, Fusspflege</li> <li>• Prophylaxe von Spätfolgen</li> </ul>	<b>2. Stoffwechsel-Selbstkontrolle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Führung eines Kontrollhefts</li> <li>• Urintest</li> <li>• Blutzucker-Selbstkontrolle</li> </ul> <b>3. Tablettenbehandlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arten</li> <li>• Wirkung</li> <li>• Nebenwirkung</li> </ul>	<b>4. Insulin-Behandlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neueinführung</li> <li>• Repetition, Technikkontrolle</li> <li>• Kenntnisse (Wirkung, Arten, Aufbewahrung)</li> <li>• Basis Bolus</li> <li>• Funktionelle Intensivierte Insulintherapie (FIT)</li> <li>• Glukagon</li> </ul>
---	---	--

Rückmeldung erwünscht:  Ja,  schriftlich  telefonisch  nein