

Arzt

(Bitte Vor- und Rückseite ausfüllen)

 Koordinationsstelle / Medizinisches Ambulatorium
 Krankenhausstrasse 12 • CH-3600 Thun
 Tel Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 90
 Fax Sekr/Empfang: +41 (0)33 226 24 91
 adimet@spitalstsag.ch
 www.spitalstsag.ch

Überweisung
Patientenangaben

Name / Vorname:

Geburtsdatum:


Adresse:

Tel. P.:

Mobile:

Nationalität / Sprache:

Zuweisungsdiagnose:
Anmeldung für

- konservative Stoffwechsel- / Lebensstil-Intervention** (vorläufig keine Bariatrie)
 Bariatrie evaluieren
 Thuner Diabetes Programm (ambulante, kassenpflichtige Rehabilitation)
 

Status

 Gewicht: cm Grösse: kg BMI: kg/m²
Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Prä-DM | <input type="checkbox"/> Typ 1 | <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> ED (Jahr): |
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie seit | <input type="checkbox"/> Adipositas | | | <input type="checkbox"/> progredient |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidämie | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel | | | <input type="checkbox"/> sportlich trainiert |
| <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> berufl. | <input type="checkbox"/> Belastete Familienanamnese für: | | | |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe (OSAS) | <input type="checkbox"/> Tabak py | | | <input type="checkbox"/> sistiert seit |

Diabetische Folgeschäden

- | | | | |
|----------------|---|---|---------------------------------------|
| makrovaskulär: | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> PAVK | <input type="checkbox"/> Insult / CVI |
| mikrovaskulär: | <input type="checkbox"/> Nephropathie | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Retinopathie |
| | <input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion | <input type="checkbox"/> Autonome Dysregulation | |

HbA1c (DCCT): % am **Vorwerte:** % am ; % am ; % am

Insulin seit:	Basis-Insulin	Präparat / Einheiten / Zeitpunkt
	Mischinsulin	Präparat / Einheiten / Zeitpunkt

	Bolus /Mahlzeiten-I.	Präparat / Einheiten / Zeitpunkt	
GLP-1	Parenterale Inkretinomimetica	Präparat / Dosierung / seit	
Orale Anti- diabetika	Präparat / Dosierung / seit	Präparat / Dosierung / seit	
	Präparat / Dosierung / seit	Präparat / Dosierung / seit	

Übrige Medikamente: siehe separate Beilage



Diabetes-Patienten:

Einstellbarkeit Diabetes: einfach wechselnd schwierig
 Hypoglykämien: nie selten gelegentlich häufig
 BZ-Selbstmessung: nein ja Gerät:
 Compliance / Adherence einfach wechselnd schwierig

Hausärztliche Begründung / Unterstützung der Anmeldung (Ziele, Wünsche, Bemerkungen)



Übrige medizinische Diagnosen (möglichst mit Datum; siehe separate Beilage)





Störungen des Bewegungsapparates / OP (mit Datum; siehe separate Beilage)



Psyche / Umgang unauffällig auffällig belastet schwierig



Bitte lassen Sie uns vorhandene Unterlagen zukommen:

Bericht zu Kardiologie Labor
 BZ-Dokumentation 
 Kommentar / Hinweis:


Datum:

Unterschrift und Stempel der/des zuweisenden Ärztin / Arztes: