

Verordnung zur ambulanten Diabetesberatung

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Name	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	Telefon-Nr.	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	EAN-Nr.	<input type="text"/>

Persönliche Angaben Patientin / Patient

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Strasse / Nr.	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Dolmetscher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sprachen	<input type="text"/>	

Diagnose

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes
<input type="checkbox"/> Andere	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ED	<input type="checkbox"/> SSW	<input type="checkbox"/> ET

Befunde, Therapie und weitere Diagnosen

Auftrag

<input type="checkbox"/> Umfassende Schulung und Instruktion: Grundwissen, Folgeerkrankungen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes und Autofahren, etc.
<input type="checkbox"/> Spezifische Schulung und Beratung/Technikkontrollen: z. B. Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin, Injektionstechnik, Hypoglykämie, etc.
<input type="checkbox"/> Weiterer Auftrag <input type="text"/>

Bemerkung

Ernährungsberatung angemeldet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ernährungsberatung am GZO gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Findet an einem anderen Ort statt:	<input type="text"/>	
Datum der Verordnung	<input type="text"/>	