

PATIENTENANMELDUNG

Anmeldung zur Diabetesberatung



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an diabetesberatung@spital-schwyz.ch
T 041 818 41 97

Personalien

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft
Krankenkasse		

Gewünschte Beratung

<input type="checkbox"/> Grundwissen	<input type="checkbox"/> Diabetes und Sport
<input type="checkbox"/> Repetition	<input type="checkbox"/> Fieber und Infektionskrankheiten bei Diabetes
<input type="checkbox"/> Blutzucker-Selbstkontrolle	<input type="checkbox"/> Diabetes und Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Tablettenbehandlung	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes
<input type="checkbox"/> Insulin: Neueinführung	<input type="checkbox"/> Folgekrankheiten
<input type="checkbox"/> Insulin: Repetition	<input type="checkbox"/> Fusspflege/Körperpflege
<input type="checkbox"/> Hypoglykämie	<input type="checkbox"/> Auto fahren
<input type="checkbox"/> Hyperglykämie	<input type="checkbox"/> anderes
<input type="checkbox"/> Coma diabeticum	

Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------

Dieser Abschnitt bleibt in der Beratungsstelle

Diagnose		
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ II	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ I	
<input type="checkbox"/> Andere Diagnosen	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes	
Befunde		
Grösse	Gewicht	BMI
Blutzucker		
HbA1c	Kreatinin	Kreatinin-Clearance
Orale Antidiabetica/Insulin		

Bemerkungen

Ernährungsberatung angemeldet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückmeldung	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> schriftlich
	<input type="checkbox"/> kein Bericht nötig	