

## Verordnung zur ambulanten Diabetesberatung

Datum

### Zuweisender Arzt/Ärztin

Name  E-Mail   
Strasse  EAN-Nr.   
PLZ/Ort  Tel.Nr.

### Patient/Patientin

Name  Geb. Datum   
Strasse  Tel. Nr.   
PLZ/Ort  E-Mail

Dolmetscher  nein  ja  Sprachen

Diagnose:  Diabetes mellitus Typ 1  Diabetes mellitus Typ 2  Gestationsdiabetes  Andere

ED   SSW   ET

### Befunde und Therapie:

### Auftrag:

**Umfassende Schulung und Instruktion:**  
Grundwissen, Komplikationen, Bewegung, Selbstkontrolle, Ausnahmesituationen, Diabetes & Autofahren, etc.

**Spezifische Schulung und Beratung/Technikkontrollen:**  
Umgang mit oralen Antidiabetika, Umstellung auf Insulin, Injektionstechnik, Hypoglykämie, etc.

### Bemerkungen

Ernährungsberatung angemeldet  ja  nein