Kantonsspital Baselland

Printer

Zurücksetzen

Senden

Ärztliche Überweisung zur Diabetesberatung / Diabetologie / Ernährungsberatung

Personalien

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Strasse, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Krankenkasse, Nr.: .....

Auftraggeber

Arzt Stempel:

Datum, Unterschrift: .....

Hausarzt: .....

Tel., E-Mail: .....

PLZ, Ort: .....

Diabetesberatung

- ☐ Neuinstruktion (Grundinformation, Sicherheit, Stoffwechselkontrollen, Behandlungstechniken)
- ☐ Wiederholen, Auffrischen, Ergänzen
- ☐ Umstellen auf Insulin (gemäss ärztlicher Verordnung)
- ☐ Blutzucker-Messung
- ☐ Spezielle Situation (Reisen, Sport)
- ☐ Beratungsziel / Bemerkungen:

Diabetologie / Endokrinologie

Beurteilung durch Facharzt:

- ☐ Konsilium für hospitalisierte Patienten (bitte Konsilblatt beilegen)
- ☐ Anmeldung für ambulante Sprechstunde (bitte Diagnose- und Medikamentenliste beilegen)

Ernährungsberatung

- ☐ Erstberatung (Grundlagen, Ernährung + Diätetik, Praxistransfer etc.)
- ☐ Wiederholung, Auffrischung
- ☐ Nutri - Learn Buffet
- ☐ Spezielle Themen (Reisen, Alkoholkonsum etc.):
- ☐ Beratungsziel / Bemerkungen:

Angaben zur Beratung / Sprechstunde

Diabetes mellitus Typ: .....

Andere Diagnosen: .....

Bisherige Therapie: .....

Neu: .....

Bemerkungen:

Erstdiagnose: .....

Blutzucker aktuell: .....

HbA1c: .....

Grösse / Gewicht: .....

Rückmeldung

☐ mündlich ☐ schriftlich ☐ E-Mail

Dringlichkeit der Konsultation

☐ dringend ☐ möglichst bald ☐ hat Zeit (ca. 4 Wochen)

Diabetesberatung Laufen T +41 (0)61 400 80 80 gzl@ksbl.ch www.ksbl.ch