

**Diabetesberatung**

Tel. Termine: +41 (0)62 746 56 58  
 Tel. direkt: +41 (0)62 746 50 55  
 Fax: +41 (0)62 746 56 57  
[diabetesberatung@spitalzofingen.ch](mailto:diabetesberatung@spitalzofingen.ch)

**Patientenkleber**

Station:    Zimmer:

<b>Name:</b> ..... <b>Vorname:</b> ..... Strasse: ..... PLZ-Ort: ..... Sprache: ..... Übersetzung notwendig?.....	Tel p: ..... Tel g: ..... Geb.: ..... Krankenkasse: .....	<b>Auftraggeber</b> Arzt/ Ärztin SPZ:..... Hausarzt/ärztin: .....
<b>Angaben zum Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> neu diagnostiziert <input type="checkbox"/> seit ..... BZ nü: .....mmol/l HbA1c: ..... %	Grösse: ..... Gewicht: .....Kg BMI: .....Kg/m2
<b>Spätkomplikationen</b> <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Nephropathie <input type="checkbox"/> Retinopathie <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> CVI <input type="checkbox"/> pAVK	<b>Behandlung</b> <input type="checkbox"/> orale Antidiabetika: <input type="checkbox"/> Insulin: (Produkt/Dosis) ..... ..... <input type="checkbox"/> Betablocker <input type="checkbox"/> Steroide:                          mg / Tag <input type="checkbox"/> weitere Antihypertensiva <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Blutverdünner <input type="checkbox"/> Analgetika <input type="checkbox"/> Lipidsenker <input type="checkbox"/> .....	
<b>Gewünschte Beratungsthemen</b> Therapieziel bei Spitaliaustritt:  individuelle Fragestellung:  <input type="checkbox"/> Standortbestimmung / Repetition <input type="checkbox"/> Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Blutzuckerselbstmessung und Zielwerte <input type="checkbox"/> Insulin neu: Insulinwirkung, Injektionstechnik, BZ-Selbstkontrolle, Hypoglykämie <input type="checkbox"/> Hypoglykämie: Prävention, Zeichen, Ursachen, Behandlung, Strassenverkehr <input type="checkbox"/> Hyperglykämie: Prävention, Zeichen, Ursachen, Behandlung, Verhalten bei Krankheit <input type="checkbox"/> Prävention vom Komplikationen: Anleitung zur Fusspflege		
<b>Bemerkungen:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Ernährungsberatung wurde angemeldet</b> (bitte separates Formular benutzen)		
<b>Rückmeldung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, schriftlich <input type="checkbox"/> ja, telefonisch		
Datum: .....    Unterschrift / Stempel:		