Diabetesberatung Sursee

🕿 041 926 5223

FAX 041 926 4758

diabetesberatung.sursee@luks.ch

# Anmeldung zur Diabetesberatung

Eintrittsdiagnose:………………………………………………………………………………………………….

Diabetes mellitus: 🞎 Typ1 🞎 Typ2 🞎 Andere…………………………………….🞎 Gestationsdiabetes

bekannt seit:……………………………………………………………………………………………………….

HbA1c:……………………………………………………………………………………………………………..

OGTT:..........mmol/L(0`)...........mmol/L(60`)……….mmol/L(120`) SSW:……….………….….......

Gewicht:............................... Grösse: ………………………………………………………………… 🞎 Therapie **vor** Spitalaufenthalt:

🞎 orale Antidiabetika: …………………………………………………………………

🞎 Insulin: …………………………………………………………………

🞎 GLP1-Analoga: …………………………………………………………………

🞎 Therapie **neu**

🞎 orale Antidiabetika: …………………………………………………………………

🞎 Insulin: …………………………………………………………………

🞎 GLP1-Analoga: …………………………………………………………………

🞎 Beratung mit 🞎 Angehörige 🞎 Dolmetscher

🞎 Grundwissen, Blutzucker-Zielwerte, Spätfolgen

🞎 Blutzucker-Selbstmessung

🞎 orale Antidiabetika

🞎 Insulinwirkung, Injektionszeit, Injektionstechnik

🞎 GLP1-Analoga, Injektionszeit, Injektionstechnik

🞎 Hypoglykämie

🞎 Fahrzeuglenker

🞎 bei Krankheit

🞎 bei Ketoazidose

🞎 bei Bewegung/Sport

🞎 bei Arbeit/Schichtarbeit

🞎 in den Ferien/Reisen

🞎 Kontrolluntersuchungen

🞎 Fusspflege

🞎 Repetition aller Themen

🞎 Kontrolle Material

**Bemerkungen:** ....................................................................................................................................

Datum: ............................................ Name / Stempel Arzt/Ärztin: ....................................................

Telefon: .......................................... Unterschrift Arzt/Ärztin: ............................................................