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: ............................................................