

Verordnung Diabetesfachberatung

Patientin

Name	
Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Sprache	
Telefon Privat	
Telefon Mobile	
E-Mail	
Krankenversicherung	
Versicherungsnummer	

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Datum

Unterschrift & Praxisstempel

z.Hd. Krankenversicherung: Stoffwechselerkrankung



Der untere Teil der Verordnung wird nicht der Krankenversicherung zugesendet.

Informationen zum Gestationsdiabetes

Gravida		Para	
Aktuelle SSW		ET	
Grösse (cm)		Gewicht aktuell (kg)	
		Gewicht vor SS (kg)	

Familienanamnese bzgl. Diabetes

Frühere GDM Bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wann?

Wie behandelt?

Resultat 75g oGTT (Datum / SSW)		/	
Glukose	nüchtern (mmol/l)		
	Nach 1h (mmol/l)		
	Nach 2h (mmol/l)		

Sonografie des Kindes (bitte Biometrie beilegen) ☐ bisher unauffällig ☐ anderes

Medikamente

Weitere Diagnosen / Bemerkungen

Oder elektronisch senden an: diaben@hin.ch

Oder elektronisch senden an: diaben@hin.ch