

Anmeldung für oraler Glukosetoleranztest (oGTT)

Patientin

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

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Datum

Unterschrift & Praxisstempel

Anmeldung oGTT

- ☐ oGTT Screening Diabets mellitus
- ☐ oGTT Screening GDM
- ☐ oGTT 6-8 Wochen
nach Geburt bei Gestationsdiabetes

Vorgesehener Geburtstermin

Befunde und Therapie

Diagnoseliste

Medikation

Wichtige vorgängige Abklärungen und Befunde oder Berichte bitte beilegen.

Oder elektronisch senden an: diaben@hin.ch