

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und vermerken Sie in den dafür vorgesehenen Zeilen die entsprechenden Informationen. Das vollständig ausgefüllte Formular können Sie uns gerne per Post oder Fax zusenden.

Angaben Patient/in:

Vorname:*

Name:*

Strasse · Nr.:*

Telefonnummer:

Krankenkasse:*

* = Pflichtfelder

Angaben zuweisender Arzt:

Vorname:*

Name:*

Strasse · Nr.:*

Telefonnummer:*

E-Mail-Adresse:*

Patienteninformationen:

Art des Diabetes:

Type 1 Type 2 SS-Diabetes SSW

Dauer des Diabetes:

_____ Jahre

Gewicht:

_____ kg

Körpergröße:

_____ cm

BMI:

HbA_{1c}:

_____ %

Microalbuminurie:

Ja Nein

Andere Diabetestherapie:

Präparat	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend

Insulin seit:

_____ Jahre

Andere Medikamente:

Präparat	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend

Spätfolgen des Diabetes:

Augenuntersuchung erfolgt:

Ja Nein

Relevante andere Diagnosen:

Fragestellung, Auftrag:

In welcher Form wünschen Sie die Korrespondenz zu erhalten?

Post E-Mail Fax (an die Fax-Nummer: _____)

Bitte um Zustellung von relevanten Laborergebnissen und von spezialärztlichen Berichten per Fax oder E-Mail.

Ich bedanke mich für die Zuweisung. Ich werde Ihre(n) Patientin/Patienten baldmöglichst aufbieten.

Praxisgemeinschaft Filzfabrik
Dr. med. Liliana Zendron