

ÜBERWEISUNGSBOGEN

Telefax: 07321 – 730 3021
E-Mail: info@diabetespraxis-heidenheim.de

Anrede: Frau Herr

Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon/Handynummer des Patienten (zur Terminvereinbarung): _____

- Typ-1-Diabetes mellitus Typ-2-Diabetes mellitus Sekundär-Diabetes mellitus
 Schwangerschaft – aktuelle SSW: _____
 Makrosomie Polyhydramnion Gestationsdiabetes in Vorschwangerschaft

MEDIKATION:

- Metformin DPP4, Gliptine Repaglinide (Novonorm)
 Glimepirid, Glibenclamid SGLT2-I GLP1-Analogon
 Insulin _____ IE/Tag CT Konventionelle Insulintherapie ICT Intensivierte Insulintherapie
 BOT Basal unterstützende oral Therapie SIT Supplementäre Insulintherapie Insulinpumpentherapie
 Sensorunterstützende Glukosemessung

Blutzuckerselbstkontrolle Dokumentation: ja nein (FGM, CGM)
Hypoglykämie-Probleme: ja nein Wie oft pro Jahr: _____
Akute Beschwerden: nein ja, welche: _____

ERSTDIAGNOSE:

Aktueller HbA1c-Wert: _____ % Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

GRUNDERKRANKUNGEN:

- Apoplex pAVK
 KHK Fettstoffwechselstörung
 Art. Hypertonie Dialyse
 diab. Nephropathie diab. Retinopathie
 diab. Neuropathie
 sonstiges: _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail oder Fax an uns zurück!