



<b>Adressfeld (Blockschrift)</b>	<b>Geb.Datum</b>	<b>Hausarzt /überweisender Arzt/ Stempel</b>
..... ..... ..... ..... ..... .....		..... ..... ..... ..... ..... .....
Versicherung/Krankenkasse		<b>Tel.Nr.:</b> → bitte auch angeben
<b>Tel.Nr.:</b> <b>Email:</b> → <b>Zwingend für Terminabsprache!</b>		<b>KIM-ADRESSE/EMAIL:</b>

Besteht eine gesetzliche Betreuung oder Vollmacht für Gesundheitsvorsorge?  ja  nein  
Name/Telefon Betreuer/Bevollmächtigter .....

neuer Patient  
 Patient seit ..... in **Diabetes-Praxis**  
 Patient stationär **Diabetes-Klinik** ..... (wann/Jahr)

<p>1. <input type="checkbox"/> Typ 2-Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1-Diabetes <input type="checkbox"/> Sekundär-Diabetes <input type="checkbox"/> Schwanger?  Erstdiagnose ..... (Jahr)</p> <p>2. HbA<sub>1c</sub> (aktueller Wert):.....  Datum: .....</p> <p>3. Größe .....Gewicht .....BMI:.....  <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust <input type="checkbox"/> Ketonurie (Urinstix) (<b>wichtig</b>)</p> <p>4. Therapie <input type="checkbox"/> Orale Antidiabetika  .....  <input type="checkbox"/> Insulinpflicht.....  .....  <input type="checkbox"/> Insulinpumpentherapie  .....</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Bei Verständigungsproblemen Dolmetscher dringend erforderlich!</p>	<p>6. Blutzuckerselbstkontrolle/ Protokollierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> Sensor (Freestyle libre, CGM)</p> <p>7. Diabetesbedingte Folgeerkrankungen Kardiovaskuläre Erkrankungen <i>Bitte hier angeben:</i> ..... ..... .....</p> <p>8. <input type="checkbox"/> DMP Teilnahme bei Typ 2 Diabetes erforderlich <input type="checkbox"/> HZV/ Facharztvertrag AOK BW</p> <p>9. Grund der Vorstellung: <input type="checkbox"/> Arztkontakt u. Diabetesberatung <input type="checkbox"/> Diabetesschulung (mehrere Einheiten) <input type="checkbox"/> <b>Diabetischer Fuß, offener Fuß, Fußwunde</b></p> <p style="text-align: center;"><b>→ Anmeldung in unserer Fußsprechstunde Tel. 07931 594 139</b></p>
---	---