

Diabetologische Konsilanforderung Fax 7559

Patientenname
Etikett

Station:
Telefon:
Ansprechpartner:

Patientendaten

Größe: Gewicht: HbA1c: Crea:

Diabetes Typ:
seit:

Hausmedikation

Medikament				

Weitere Grunderkrankungen:

Gewünschte Leistung bitte ankreuzen:

- Konsiliarische Stoffwechsellanpassung / Mitbehandlung
- Patienten-/ Angehörigenberatung (Terminvereinbarung)
- Hilfsmittelausstattung (BZ- Messgeräte, Pen...)

Wenn möglich bitte mitfaxen: -BZ Kurve der letzten 3 Tage
- Ess-/ Trinkprotokoll (1-3 Tage optional)