



**Ambulatorium**

Diabetologie  
 Endokrinologie  
 Diabetesberatung  
 Ernährungsberatung

Birmensdorferstr. 489, Haus C  
 CH-8063 Zürich

Tel. 044 416 32 52  
 Fax 044 416 17 62  
 Rohrpost 50510

**Patientendaten:**

Name / Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....

**Verordnung und Anmeldung für**

- ärztliche Beratung
- Diabetesberatung
- Ernährungsberatung
- Stoffwechselkrankheit

Datum, Unterschrift

Arzt/Stempel/EAN-Nr.

Dieser Abschnitt gilt für die Krankenkasse, bitte deutlich schreiben.

**Diabetes Typ:**

anderer Diabetes Typ

**Befunde diabetische(r) Patient/in**

Gewicht: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

letzter HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_

Diabetische Komplikationen:

- KHK
- PAVK
- Retinopathie
- Neuropathie
- Nephropathie

**Medikamente:**

- Insulin(e) welche \_\_\_\_\_
- orale Antidiabetika welche \_\_\_\_\_
- inkretinbasierende Medis welche \_\_\_\_\_

**Med./klinischer Befund:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

**Wünsche/Bemerkungen an  
 Diabetologen/Diabetologin :**

**Wünsche/Bemerkungen an  
 Diabetesberatung:**

**Wünsche/Bemerkungen an  
 Ernährungsberatung:**

**Untersuchungstermin bereits vereinbart für den:**