



Ennetmooserstrasse 19
6370 Stans
Tel : 041 612 20 40
Fax : 041 612 20 41
E- mail : hznw@hin.ch

ANMELDEFORMULAR

NAME:	GEB.DATUM:
VORNAME:	TEL. P:
ADRESSE:	TEL. G:
WOHNORT:	HAUSARZT:
KR'KASSE:	SEKTION:

Diabetes mellitus Typ Erstdiagnose

Diabetische Folgeschäden:
.....
.....
.....

Werte vor Beginn Rehab. Programm

Grösse:
Gewicht:
HbA1c:
Gesamtcholesterin:
HDL-Cholesterin:

Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Nikotin
- Arterielle HypertonieW
- Dyslipidämie
- Stress familiär beruflich
- Adipositas
- Bewegungsmangel
- Vererbung

Triglyceride:
Psyche unauffällig auffällig

Grund:

Patient eher sportlich Nein Ja

Steht der/die Patient/in in kardiologischer Betreuung?

Nein Ja Kardiologe:

Hatte der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten eine kardiologische Untersuchung?

Nein Ja wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen

Medikamente/Dosierung

.....
.....
.....
.....

Bemerkungen

Während des Rehabilitationsprogramms

übernehme ich selber die Blutzuckereinstellung (bedingt Überprüfung der Glc- Werte mind. 2-wöchentlich)

delegiere ich dem Diafitteam die Anpassung der Medikation

.....
.....

Datum:

Zuweisender Arzt:
(Stempel + Unterschrift)