

# VERORDNUNG ZUR ERNÄHRUNGS- UND DIABETESBERATUNG (gem. Art 9b KLV)

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Krankenversicherer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Krankheit     Unfall     Invalidität

Anzahl Konsultationen: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
des Arztes: \_\_\_\_\_

(Stempel mit ZSR-Nummer)

Spital Uster  
Ernährungs- und Diabetesberatung  
8610 Uster

## Diabetestyp

- Diabetes Typ 1  
 Diabetes Typ 2  
 Gestationsdiabetes  
 Sekundärer Diabetes

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der  
Ernährungs- / Diabetesberatung

\_\_\_\_\_



## Informationen für die Ernährungs- und Diabetesberatung

Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Laborwerte / HbA1C: \_\_\_\_\_

Grösse / Gewicht: \_\_\_\_\_

Zusatzdiagnosen: \_\_\_\_\_

Spätfolgen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandlungsbericht

- schriftlich     telefonisch

**Besten Dank für die Anmeldung, Ihr/e Patient/in wird aufgebeten.**