

Anmeldung zum Diabetischen Rehabilitationsprogramm DIAfit

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Krankenversicherung/Versichertennummer	Unfallversicherung/Schadensnummer
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diabetes-Typ

Diabetes mellitus Typ:	Erstdiagnose:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diabetische Folgeschäden

Werte vor Reha-Programm

Grösse:	cm
Gewicht:	kg
HbA1c:	%
Gesamtcholesterin:	mmol/l
HDL-Cholesterin:	mmol/l
Triglyceride:	mmol/l
Psyche:	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig
Grund:	
Patient eher sportlich:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

<input type="checkbox"/>	Nikotin
<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	Dyslipidämie
<input type="checkbox"/>	Stress
	<input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> beruflich
<input type="checkbox"/>	Adipositas mit Bewegungsmangel
<input type="checkbox"/>	Vererbung

Ergometrie-Bericht

<input type="checkbox"/>	Ergometrie wird mit dieser Anmeldung mitgeschickt
<input type="checkbox"/>	Ergometrie wird vom Hausarzt veranlasst
<input type="checkbox"/>	Ergometrie wird vom Spital veranlasst

Medikamente/Dosierung

Bemerkungen

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt (sofern nicht mit Ihnen identisch)	Kopie und Berichte an folgende hin-Adresse:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> @hin.ch	

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden, falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):

senden

drucken