

Name Geburtsdatum
Vorname Telefon
Adresse Mobile
Wohnort Mail
Krankenkasse Hausarzt

Diabetes mellitus Typ Erstdiagnose
Diabetische Folgeschäden:
.....
Kreislaufkrankungen:
.....

Werte vor Beginn *Diafit* Programm
(Werte nicht älter als 2 Monate)

Grösse:
Gewicht:
HbA1c:
Gesamtcholesterin:
HDL-Cholesterin:
Triglyceride
Psyche unauffällig auffällig

Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Werte durch Diafit St.Gallen zu erheben
- Nikotin
- Arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Stress familiär beruflich
- Adipositas mit Bewegungsmangel
- Vererbung

Grund:.....
Patient eher sportlich Nein Ja
Ergometrie (nicht älter als 2 Monate) liegt bei durch Diafit St.Gallen auszuführen

Hatte der/die Patient/in in den letzten 6 Monaten eine kardiologische Untersuchung?
 Nein Ja wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen

Medikamente/Dosierung

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

Bemerkungen

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

Datum:

Zuweisender Arzt:
(Stempel + Unterschrift)