

ANMELDUNG
**Ambulantes Rehabilitationsprogramm
für Patienten mit Diabetes mellitus**

 Zustelladresse: Diabetologie/Endokrinologie, RSE, 3400 Burgdorf
 Telefax: 034 421 29 98

Name:	Geb. Datum:
Vorname:	Tel P :
Adresse :	Tel. G :
Wohnort:	Hausarzt :
	K.Kasse:

Diabetes mellitus Typ **Erstdiagnose**

Diabetische Folgeschäden:

.....

Werte vor Beginn Rehab.Programm	Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren
Grösse:	<input type="checkbox"/> Adipositas mit Bewegungsmangel
Gewicht:	<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie
Bauchumfang	<input type="checkbox"/> Dyslipidämie
HbA1c:	<input type="checkbox"/> Nikotin
Gesamtcholesterin:	<input type="checkbox"/> pos. Familienanamnese für KHK
Triglyceride:	<input type="checkbox"/> Stress
HDL-Cholesterin:	<input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> beruflich
BD / Puls:	
Psyche : <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig Grund:	
Patient eher sportlich <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Steht der/die Patient/in in kardiologischer Betreuung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Kardiologe:	
Hatte der/die Patient/in in den letzten 3 Monaten eine kardiologische Untersuchung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wenn ja, bitte Befund / Bericht beilegen	

Medikamente:

Bemerkungen :

Beilagen: **Datum/Unterschrift:**

 Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare (auch über ww.rs-e.ch/Hausärzte-Login erhältlich)