SPITALUSTER

Brunnenstrasse 42
Postfach, 8610 Uster
Tel. +41 44 911 11 11
info@spitaluster.ch
www.spitaluster.ch

. . . . . .
Medizinische Klinik
Tel. +41 44 911 12 82
zuweisung.diabetologie@spitaluster.ch

Anmeldung für Ambulante Diabetes-Rehabilitation DIAfit

HINWEIS ZUM AUSFÜLLEN | DRUCKEN | SPEICHERN | VERSENDEN

Patientenname:	**Vorname:**	**Geburtsdatum:**
Adresse:	**PLZ/Ort:**	**Telefon/ Mobiltelefon:**
Frühere Behandlungen im Spital Uster (Diabetes-Rehab.):	☐ Nein ☐ Ja, Jahr:	
Krankenkasse:	**Hausarzt:**	**E-Mail:**

Einweisungsdiagnose:	Diabetes mellitus Typ: Erstdiagnose: Diabetische Folgeschäden:
Werte vor Beginn Rehab. Programm:	Grösse: Gesamtcholesterin / Datum: / Gewicht/ Datum: / HDL-Cholesterin / Datum: / HbA1c / Datum: / Triglyceride: / Datum: / 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
Zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren	☐ Nikotin ☐ Arterielle Hypertonie ☐ Dyslipidämie ☐ Adipositas
Familien Anamnese	☐ Diabetes ☐ Sonstiges:
Medikamente/ Dosierung:	
Bemerkungen:	

Datum:

Unterschrift:

Zuweisender Arzt Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)