

**Schulungsanmeldung**

**Patient/-in**

Name:  
 Vorname:  
 Straße:  
 PLZ, Wohnort:  
 Tel.  
 E-Mail:

**Praxisstempel**

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift anmeldender Arzt

Gewünschter Schulungszeitraum:  
 Gewünschte Schulungzeit:  
 Bestmöglicher Tag:  
 Spezielle Schulungswünsche:

**Krankheitsdaten:**

Diabetes bekannt seit:	Typ1 / Typ2 / MODY (Genetik: ja/nein)		
Spezifische Folgeschäden:			
Diabet. Nephropathie:	ja/nein	Krea:	mg/dl
		Harnstoff	mg/dl
		Proteinurie:	mg/dl ( g/d)
Diabet. Retinopathie:	ja/nein	falls ja:	mal Laserung
Diabet. Polyneuropathie	ja/nein		
Diabet. Fuß-Syndrom	ja/nein	falls ja:	akut/chron.
		Wagner/Armstrong:	

**Medikation bisher:**

OAD:  
 Exenatide/Liraglutid:  
 Insulin:

**Begleiterkrankungen:**

Arterielle Hypertonie	24h-RR	ja/nein			
Hyperlipidämie	ja/nein	Chol:	HDL	LDL	TG
KHK	ja/nein	ACVB / PCI / Stent, ggf. wie oft:		mal, zuletzt:	
Asthma/COPD					
Adipositas	ja/nein	Größe:	Gewicht:	BMI	

**Diabetesverlauf:**

Diät/Lifestyle	von	bis
OAD	von	bis
Insulin (BOT/SIT/CT/ICT/Pumpe)	von	bis

**Intern:**

Gruppe:	Beginn: am	um	Uhr
Programme: MEDIAS2	LINDA	ZI	IPM
			HYPOS
			DIÄT
Rückmeldung an ÜW-Praxis per Fax am:	um	Uhr	
Patient angerufen/angeschrieben am:	um	Uhr	erl Hz: