

Bitte diesen Bogen an die Diabetesambulanz faxen oder mailen. Faxnummer: 0931/201-6039212  
Patientendaten Email: [stoffwechselambulanz@ukw.de](mailto:stoffwechselambulanz@ukw.de)

Vorname:		Nachname:			
Geburtsdatum:			männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>
Straße:					
PLZ/Wohnort:					
Telefonnummer des Pat.:			Handy:		
E-Mail-Adresse des Pat.:					

Zuweisender Arzt:		Praxisstempel
TelefonNr.:		

Größe: \_\_\_\_ m      Gewicht: \_\_\_\_ kg      BMI: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Grund der Vorstellung:**

<b>Diabetes mellitus:</b>	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes
HbA1c:      %	<b>Folgende Unterlagen sind unbedingt mitzufaxen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- INSULINSCHEMA (wenn vorhanden)</li> <li>- Medikamentenplan</li> <li>- Blutzuckerwerte/Laborwerte</li> <li>- Kardiologische Befunde (wenn vorhanden)</li> </ul>			
<b>Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich.</b>				
<b>weitere Diagnosen:</b>				
<b>bisherige Therapie:</b>				
<b>Fragestellung</b>	<i>(bitte möglichst genau, da hiervon Zeitpunkt des Termins / Dringlichkeit abhängt; bitte auch Arztbrief / weitere Unterlagen mitfaxen):</i>			

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit dem Patient\*in in Verbindung setzen.