

DIABETES [®]AKADEMIE

Leipzig

Hiermit melde ich folgende Personen aus meiner Praxis verbindlich für die Teilnahme an Kursen der DIABETESAKADEMIE LEIPZIG [®] an. Bei Anmeldung wird pro Praxis ein Eigenanteil von 50,- Euro erhoben.

Praxis-Stempel:

Name der Ärztin / des Arztes:

.....

Name der Arzthelferin / Schwester:

.....

.....

An folgenden Kursen möchten wir teilnehmen:

Ort / Datum / Unterschrift:

Kurs I am:

.....

Kurs II am:

Kurs III am:

.....

Kurs IV am:

DIABETES AKADEMIE®

Leipzig

Patienteninitialien:

Geschlecht:

Familienanamnese bzgl. Diabetes & Herzerkrankungen:

.....

.....

.....

.....

Sozialanamnese:

.....

.....

.....

Alkohol:

Kronarvaskuläre Risikofaktoren:

RR HLP Nikotin Metabol. Syndrom

weitere:

Diabetesbedingte Spätkomplikationen:

Makrovaskulär:

Mikrovaskulär:

Diabetes seit:

Letzter HbA1c:

Begleitmedikation:

.....

Bisherige Therapie:

.....

Aktuelles BZ-Tagesprofil:

NBZ 2hpp mittags 2hpp abends 2hpp

.....

Aktuelle Probleme:

.....

.....