

Art. 9 KLV : ZSR n° R 840010 – Art. 7 KLV : ZSR n° M 0689.10  
BERATUNGEN FINDEN IN BULLE, FREIBURG UND MURTEN STATT

---

**ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR DIE INDIVIDUELLE DIABETES- UND ERNÄHRUNGSBERATUNG gemäss Art. 9b Abs. a und 9c und FÜR DIE PFLEGE gemäss Art. 7, Abs. 2a und 2b, Ziffer 10, der KLV**

**Verordnung für:**

Anrede :	Sprache :
Name, Vorname :	Geboren am:
Adresse :	Tel. Privat :
PLZ / Ortschaft :	Mobile :
Krankenkasse :	Nr :
AHV Nr. :	

Falls noch hospitalisiert, bitte vorgesehenes Austrittsdatum: .....

Gewünschter Beratungsort: *(siehe obengenannte Liste)*: .....

Behandelnder Arzt *(falls nicht verordnender Arzt)*: .....

---

**Diagnose:**

.....

**Aktuelle Behandlung:**

Orale Antidiabetika: .....

Insulin: .....

Andere Medikamente: .....

---

**Diabetesberatung**

**Fusspflege** (inkl. Evaluation und Beratung)

**Ernährungsberatung**

- Erwünschte Gewichtsreduktion .....
- Idealgewicht: .....

---

Nach der ersten Beratung senden wir Ihnen einen Bestätigungs-Fax zu.  
Am Ende eines Beratungszykluses erhalten Sie einen schriftlichen Bericht.

---

Datum: .....

Stempel und Unterschrift des Arztes  
und Konkordatsnummer: