



**Informationen für die Beratungsstelle**  
**(Diese Informationen gehen nicht an die Krankenkasse)**

Diagnose/Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente/Insulin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Laborwerte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Beratungsziel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beratungssprache: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_