

**Anmeldung Beurteilung und Therapie Diabetes mellitus**

**Patientendaten:**

Name Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Krankenkasse Vers.-Nummer

**Diagnosen**

**Folgeerscheinungen des Diabetes mellitus**

**Medikamente und Dosierung**

**Bisheriges Labor (bitte beilegen)**

**Vorabklärungen (bitte beilegen)**

**Fragestellung**

**Datum**

**Unterschrift und Praxisstempel zuweisender Arzt**

**Anmeldung**

**per Fax an 044 515 35 11 oder per E-mail an ped-zu@hin.ch**