

# Anmeldeformular

## für einen akut-stationären Aufenthalt im Diabetes- und Stoffwechselzentrum

Chefarzt Dr. Andreas Liebl

Patienten-Kassen-Daten:

Krankenkasse/Zusatzversicherung

Telefon

### Wichtige Angaben zur Aufnahme

Terminwunsch für die Aufnahme: \_\_\_\_\_

Aufnahme-Indikation – akute Diabetesdiagnose: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> sonstiger Typ
Insulin:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Insulinpumpe:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hypoglykämie-Probleme		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hypowahrnehmungsstörung		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fußulcus		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Klinikaufenthalt in den letzten 4 Wochen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Besonderheiten (z.B. pflegebedürftig) \_\_\_\_\_

**Bitte an die 08046 / 18-4088 faxen.**

Sie können uns jederzeit gerne persönlich erreichen unter 08046 / 18-4106.

Stempel des einweisenden Arztes