

Verordnung zur Diabetesberatung

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Anzahl Konsultationen

Anschrift verordnender ArztDatum Unterschrift und Stempel **Diabetesberatung****Beratung** Grundberatung Insulintherapie **Informationen für Diabetesberatung**Diagnosen Medikamente Bemerkungen Sprache Patient Dolmetscher gewünscht in Sprache: