



Anmeldung DIAfit - Rehabilitationsprogramm

Patientenangaben

Name	PLZ/Ort
Vorname	Telefon
Geburtsdatum	Krankenkasse
Adresse	Hausarzt

Diabetes mellitus Typ	Erstdiagnose
-----------------------	--------------

Diabetische Folgeschäden

Kreislaferkrankungen

Patient eher sportlich ja nein

Hatte der Patient in den letzten 6 Monaten eine kardiologische/angiologische Untersuchung? ja nein
(Wenn ja, bitte Befund/Bericht beilegen.)

Medikamente/Dosierung

Bemerkungen

Ort, Datum	Zuweisender Arzt
------------	------------------

Stempel und Unterschrift