

**Anmeldung zur KOM EKON-Diabetes-  
Schulung der PizolCare „Komplette  
Metabolische Kontrolle**

**Fax: 081 783 21 93  
Email:  
sekretariat4.pizolcare@hin.ch**

Name.....	Vorname.....
Geburtsdatum.....	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse.....	
PLZ/Ort.....	
Telefon P.....	Telefon G.....
Email.....	
Krankenkasse.....	Versicherungsnummer.....

**Diabetes mellitus Typ 2**, Erstdiagnose (Monat/Jahr).....

Diabetische Folgeschäden.....

Begleiterkrankungen.....

**Aktuelle Medikation**.....

**Befunde (nicht älter als drei Monate)** Untersuchungs-Datum.....

Grösse.....Gewicht.....BMI.....Blutdruck.....Puls.....

HbA1c.....% Glucose nüchtern.....mmol/l Ges.Chol.....mmol/l

LDL.....mmol/l HDL.....mmol/l TG.....mmol/l

**Ort/Datum**.....**Zuweisender Arzt (Stempel)**.....

