PIZOLCARE
MITGLIED VON MEDIX SCHWEIZ

Anmeldung zum PizolCare-Diabeteskurs
(senden an: gesundheitsfoerderung.pizolcare@hin.ch)

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum..... M☐ F☐

Adresse.....

PLZ/Ort.....

Telefon P..... Mobil.....

Email.....

Krankenkasse.....

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

Befunde - Untersuchungsdatum vom.....

BZ nü.....mmol/l

HbA1c.....%

Ort/Datum..... Zuweisender Arzt.....

☐Selbstanmeldung