

# Insulindosisanpassung per Fax

Bitte in Druckbuchstaben (leserlich) ausfüllen und bei jedem Patienten als erste Seite mitschicken!

Name des Pflegedienstes oder des Pflegeheimes (Stempel) :

Name des Patienten/der Patientin:

Geburtsdatum:

Aktuelle Insuline des Patienten:

Aktuelle Dosierung des Insulins bei einem Blutzucker von **70- 139mg /dl**:

Morgens:	Mittags:	Abends:	zur Nacht:
----------	----------	---------	------------

Appetit und Nahrungsaufnahme ungestört ?

Ja  Nein

War der Patient /die Patientin seit der letzten Insulindosisanpassung im Krankenhaus?

Ja  Nein

Wenn ja, wurde die Insulindosis oder das Insulin (anderes Präparat) geändert?

Ja  Nein

**Bemerkungen / Infos an das Diabeteszentrum:**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !