

Zuweisung Diabetologie/Endokrinologie**Name/Vorname****Geburtsdatum:****Adresse:****Telefonnummer/E-Mail:**

Bitte aufbieten

Patient meldet sich zur Terminvereinbarung

Termin bereits vereinbart

Elektiv

Dringlich

Notfall → bitte um telefonische Kontaktaufnahme

Gewünschte Untersuchung**Diabetologische Beurteilung/Behandlung****Endokrinologische Beurteilung/Behandlung**

Schilddrüse

Hypophyse

Nebenniere

Osteoporose

Adipositas

Ernährungsberatung

BIA Messung (InBODY 970S)

Klinische Angaben – aktuelle Therapie – Fragestellung

Datum

Stempel / Unterschrift

Beilagen: Labor, EKG, Berichte etc.