

Departement Innere Medizin und Fachgebiete

Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselkrankheiten

Dr. med. Anne-Catherine Barras-Moret

026 306 21 40

sam-centre-metabolique-fri@h-fr.ch

Anfrage für eine spezialisierte Sprechstunde

Angaben Patient-in

(Name / Vorname / Geburtsdatum / Adresse / Tel.)

Angaben Zuweiser-in

Anfrage ausgehend von

- ☐ der Patientin/dem Patienten
- ☐ der Ärztin/dem Arzt
- ☐ der Patientin/dem Patienten und der Ärztin/dem Arzt

Gesprochene Sprache

☐ Dolmetscher-in erforderlich

Bitte beachten Sie bei Patientinnen und Patienten, die bereits zuvor mit einem GLP-1-Analogen behandelt wurden, Folgendes:

- Wir können keinen Antrag auf Kostenerstattung bei der Krankenkasse stellen.
- Wir sehen die Patientinnen und Patienten für eine einmalige medizinische Beurteilung und überweisen sie danach extern in eine Ernährungsberatung und psychologische Behandlung.

Die Nachsorge der bariatrisch operierten Patientinnen und Patienten sollte durch dasselbe multidisziplinäre Team erfolgen, das die Operation durchgeführt hat, es sei denn, es geht um die Einholung einer zweiten Meinung.

Art der Anfrage

- ☐ Nicht-chirurgische Behandlung (spezialisierte diätetische und auf Ernährung ausgerichtete psychologische Betreuung, ggf. mit medikamentöser Unterstützung, z. B. Liraglutid/Saxenda: Bedingungen für die Erstattung: BMI > 35 kg/m² oder 28–34,9 kg/m² und gewichtsbezogene Komorbiditäten: (Prä-)Diabetes, Bluthochdruck oder Dyslipidämie)
- ☐ Chirurgische Behandlung (SMOB-Kriterien: Versagen konventioneller Massnahmen über zwei Jahre, BMI > 35 kg/m² oder unzureichend behandelte Stoffwechselkrankheit trotz optimaler medikamentöser Behandlung)
- ☐ Nicht festgelegte Behandlung

Anthropometrische Daten

Gewicht: kg

Grösse: m

BMI: kg/m²

Assoziierte Komorbiditäten, somatische und psychologische Vorgeschichte

Medikamentöse Behandlung

Letzte Laborergebnisse

Nieren- und Leberfunktion, Cholesterin, Glukose und HbA1c, Schilddrüsenfunktion [als Anhang der Anfrage](#) beifügen

Psychosozialer Kontext

☐ Beistandschaft

☐ SMZ

☐ Soziale Isolation

☐ Sozialamt / Jugendamt

☐ Arbeitslosigkeit / IV

Bemerkungen

Datum:

Unterschrift: _____