

# Bestellformular Diabetes-Ausweis

## Adressangaben

Strasse

PLZ

Wohnort

## Vorgehensweise

Bitte füllen Sie das zweiseitige Formular vollständig aus.

Senden Sie die Bestellung per Post an

diabetesGL-GR-FL  
Steinbockstrasse 2  
7000 Chur

Sie können das Bestellformular und das Foto auch elektronisch an uns senden.

Scannen Sie das ausgefüllte Formular und auch Ihr Passfoto (35 mm x 45 mm). Achten Sie darauf, dass die eigene Unterschrift und die Unterschrift und der Stempel Ihres Arztes an den dafür vorgesehen Stellen geleistet wurden.

Es besteht die Möglichkeit, dass Ihr Arzt die Bestellung über das verschlüsselte HIN-Mail an unsere E-Mailadresse sendet.

**[diabetesgl-gr-fl@hin.ch](mailto:diabetesgl-gr-fl@hin.ch)**

Alternativ dazu können Sie selbst Foto und das gescannte Formular bei unserem verschlüsselten Online-Briefkasten hochladen. Nutzen Sie dafür diesen [Link](#).

Ich möchte den Diabetes-Ausweis kostenpflichtig (CHF 60.- für Mitglieder/CHF 80.- für Nichtmitglieder) bestellen.

Datum

Unterschrift

VORDERSEITE AUSWEIS

Bestellformular Diabetes-Ausweis



Ärztliche Bescheinigung  
Medical Certificate



Vorname/Name  
First Name/Name

Geburtsdatum  
Date of Birth

ist  
is

Typ  Diabetiker / Type  Diabetic

Datum / Stempel /  
Unterschrift des Arztes:

Date / Stamp /  
Doctor's Signature:

Seriennummer

RÜCKSEITE AUSWEIS

Der Träger dieses Ausweises ist Typ 1 Diabetiker und deshalb auf Insulin angewiesen. Zur Sicherstellung einer ordnungsgemässen Therapie müssen folgende Gegenstände mitgeführt werden:

This certificates carrier is an type 1 diabetic and therefore has to rely on supply of insulin. In order to ensure correct therapy, the following items should be carried:

Pen und Nadeln oder Spritzenset / insulin pen and needles or injection set

Glukagon  GLP-1-Agonist  Insulin

Insulinpumpe mit Zubehör / insulin pump with accessories

Teststreifen (Blutzucker oder Ketone) / test strips (glucose or ketone)

Blutzucker-Messgerät / blood glucose meter

Blutlanzetten mit Gerät / blood lancets with picking device

Kohlenhydrate / dextrose-containing sweets

Smartphone oder Smartwach / smartphone or smart watch with blood glucose indicator

Tabletten

Arzt / Doctor:

Klinik / Hospital:

Adresse / Address:

Telefon / Phone:

Kennnummer Krankenkasse:

Versichertennummer:

Der Inhalt des ausgefüllten Formulars, inklusive Stempel und Unterschrift des Arztes, wird auf eine Plastikkarte im Kreditkartenformat gedruckt.